



Année académique 2017-2018

MASTER DE SPÉCIALISATION EN ÉTUDES DE GENRE

STEVELINCK, Laurence

Contraception : où sont les hommes ?

Essai sur une responsabilité partagée

L'exemple de *Thomas Bouloù*

Mémoire présenté sous la direction de Mme Valérie Piette,
Université libre de Bruxelles

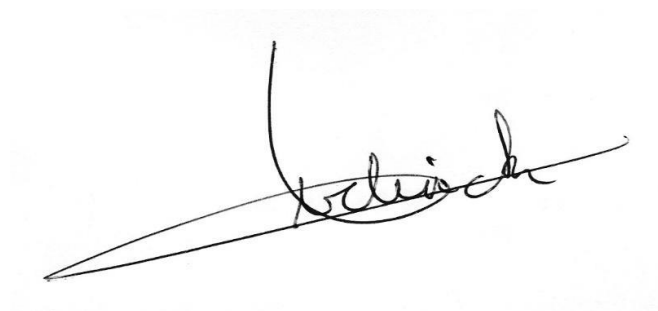
Je déclare qu'il s'agit d'un travail original et personnel et que toutes les sources référencées ont été indiquées dans leur totalité et ce, quelle que soit leur provenance. Je suis consciente que le fait de ne pas citer une source, de ne pas la citer clairement et complètement constitue un plagiat et que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai notamment pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat comme prévues dans le *Règlement des études et des examens de l'Université catholique de Louvain* au Chapitre 4, Section 7, article 107 à 114.

Au vu de ce qui précède, je déclare sur l'honneur ne pas avoir commis de plagiat ou toute autre forme de fraude.

Nom, Prénom : STEVELINCK, LAURENCE

Date : 13 août 2018

Signature de l'étudiante :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Stevelinck', written over a horizontal line.

Remerciements

Je voudrais ici remercier Valérie Piette, ma promotrice, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et son enthousiasme dynamisant. Egalement Marie-Geneviève Pinsart, ma lectrice, pour ses conseils qui m'ont amenée à explorer d'autres pistes.

Merci aussi à celles et ceux qui m'ont accordé leur temps, de visu, par téléphone, par e-mail, via les réseaux sociaux, et même par SMS, et qui m'ont permis de nourrir mes réflexions et d'enrichir ce travail. Je tiens particulièrement à remercier Christian Balaud, Aurélien Le Gal, Yannick Manigart et Daniel Murillo, qui m'ont offert des entretiens passionnants, dont l'un au fond sonore mémorable : le cri des mouettes de Concarneau.

Certaines de ces rencontres inspirantes m'ont été soufflées par Aurélie et Valérie, qui ont toute ma gratitude et même plus. Tout comme Auré, Danièle, Nath et, spécialement, Roch, pour leur aide précieuse et leurs encouragements touchants.

Ce mémoire n'est pas, pour moi, qu'un travail de fin d'études. J'espère qu'il pourra éveiller des réflexions, susciter des discussions, donner des outils. Merci à vous qui le lirez avec attention.

Table des matières

Introduction	1
1. Etat des lieux de la contraception	7
1.1. La contraception dite féminine	8
1.1.1. Les différentes formes	8
1.1.2. Utilisation, évolution et limites	9
1.2. La contraception dite masculine	11
1.2.1. Le préservatif externe	11
1.2.2. La vasectomie	12
1.2.3. La contraception hormonale	13
1.2.4. La contraception thermique	14
1.2.5. Les contraceptions à l'étude	15
2. Pourquoi les hommes ne s'impliquent-ils pas ?	17
2.1. Les freins techniques	17
2.2. Les conseils des professionnel·le·s de la santé	18
2.2.1. Les médecins	18
2.2.2. Les centres de planning familial	21
2.3. Les freins culturels et symboliques	23
2.3.1. Les contextes sociaux et historiques	23
2.3.2. La contraception dictée par les rapports de genre	25
2.3.2.1. Une division sexuelle du travail omniprésente	25
2.3.2.2. Une socialisation sexuelle genrée	27
2.3.2.3. L'influence des acteurs et actrices du débat	28
2.3.2.4. La masculinité hégémonique	30
2.3.2.5. Menace sur la virilité	31
2.3.2.6. Une sensibilisation par les femmes	34
3. Des hommes en action	36
3.1. ARDECOM, les précurseurs	36
3.2. <i>Thomas Bouloù</i>	37
3.2.1. Un public à convaincre	39
3.2.2. Une demande longtemps insatisfaite	40
3.2.3. Le masculin déconstruit	42
4. La responsabilité partagée, une bonne idée ?	45
4.1. Le contrôle du corps des femmes	45
4.2. Une révolution devenue contrainte	48
4.3. Le piège de la maternité	49
Conclusion	51
Bibliographie	54
Annexes	63

Introduction

La scène se passe dans un hôpital bruxellois, au début de l'année 2018. Un homme est allongé sur le lit, une perfusion au bras. Il vient d'être vasectomisé. L'intervention a été rapide, nettement plus rapide que l'admission. Il se repose dans une chambre commune et attend que l'effet de l'anesthésie se dissipe, sa compagne à ses côtés. Le trentenaire est soulagé, enfin détendu après l'opération, lui qui a en horreur toute intervention médicale.

Ensemble, ils attendent la venue du médecin qui a pratiqué la vasectomie. Un dernier coup d'œil aux sutures avant d'autoriser le patient à rentrer chez lui. Le praticien rentre dans la chambre, salue la jeune femme et lui lance « *Voyez ce qu'il a fait pour vous !* ». Son compagnon s'empresse de rectifier : « *C'était pour moi !* ».

L'anecdote illustre à merveille la difficulté avec laquelle la contraception pour hommes peut être perçue, comprise, voire imaginée. Déjà, en 1964, la vasectomie pouvait être décrite « *comme un acte chirurgical pratiqué sur une personne (le mari) au bénéfice d'une autre (l'épouse)* » (SPENCER, 2012, p. 205). En 2018, en Belgique, comme dans une grande partie du monde, c'est toujours loin d'être une évidence. Même de la part de professionnel·le·s de la santé. Comme si les hommes n'avaient pas à contrôler leur fertilité, comme s'ils n'étaient pas féconds. Comme s'ils n'étaient pas concernés par les conséquences possibles d'une relation sexuelle non contraincée : la naissance d'un enfant, devenir père. Aujourd'hui, la contraception reste essentiellement une affaire de femmes. Et de fait, la question d'une responsabilité partagée au sein des couples¹ est encore largement ignorée, tant la seule prise en charge féminine paraît naturelle. Un impensé pour la plupart des couples qui présente pourtant un impact politique et genré manifeste, et occulte la place centrale des hommes. « *Ce sont les femmes qui portent les grossesses et enfantent, mais les hommes n'en ont pas moins un rôle crucial à toutes les étapes des processus de procréation : comme partenaires sexuels bien sûr, mais aussi comme détenteurs d'une large part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale, comme détenteurs majoritaires du pouvoir politique et économique. De ce fait, dans ce domaine, les questions de genre (i.e. les rapports sociaux de sexe) interfèrent immédiatement avec les questions de santé stricto sensu* » (ANDRO et DESGRÉE DU LOÛ, 2009, p. 3).

¹ Je parlerai, dans ce travail, d'individu·e·s fécond·e·s ayant des relations hétérosexuelles pénétratives à des fins non reproductives, quel que soit leur genre ou sexualité. J'utiliserai les termes « femmes » et « hommes » en tant que classes sociales de sexe, les adjectifs « féminin » et « masculin » dans la même logique.

Cette asymétrie d'implication est démontrée de manière claire par l'enquête *Contraception 2017*² réalisée en Belgique par l'Institut Solidaris, en collaboration avec la Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FCPF-FPS).

Selon cette étude, 68% des femmes et 33% des hommes déclarent utiliser un moyen de contraception³. Près d'une femme sur deux (46%) se dit seule à décider de la contraception du couple mais une majorité d'hommes (64%) estime que la décision est conjointe. A noter que les codécisions sont plus fréquentes parmi les 21-40 ans, les couples avec enfants et en cas d'utilisation du préservatif. On remarque un autre décalage de perception : 49% des hommes se donnent une importante cote d'implication dans la contraception de leur couple mais seulement 32% des femmes les notent aussi bien. Le décalage est moindre dans la situation inverse : 90% des femmes se donnent une cote haute et 84% des hommes cotent leur partenaire de la même façon. Si, avec l'âge, les hommes s'estiment de moins en moins impliqués, ce taux varie très peu chez les femmes. Selon la FCPF-FPS, même déséquilibre genré quant à la charge financière : 87% des femmes payent seule leur contraceptif, contre 78% des hommes contraceptés⁴.

Cette responsabilité inégale se traduit également par une forme de travail invisibilisé et naturalisé, fourni par les femmes (THOMÉ, 2018). Elles portent la charge mentale qu'implique ce travail souvent quotidien. C'est à elles que revient la responsabilité de la bonne utilisation de la contraception : prendre son comprimé à heure et à temps, placer correctement, et au bon moment, un nouveau patch ou un nouvel anneau, etc. Elles sont aussi contraintes de se plier à un suivi médical régulier étant donné que la majorité des contraceptions sont prescrites après consultation. Encore une charge financière et même horaire, vu qu'elle nécessite la prise d'un rendez-vous chez un·e praticien·ne et une visite à la pharmacie. Ce travail influence également la sexualité et le désir dans le couple : le travail des femmes anticipe les relations sexuelles et crée toutes les conditions pour que le désir des hommes puisse, lui, être spontané, sans qu'ils doivent se soucier de la contraception.

On le voit : que ce soit techniquement, financièrement ou mentalement, la contraception est majoritairement à charge des femmes. Si l'offre contraceptive est encore limitée pour les

² Enquête réalisée en février 2017 sur un échantillon de 4607 personnes, représentatives de la population belge francophone entre 14 et 55 ans, et via un questionnaire en ligne. La marge d'erreur est estimée à 1,44%. <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>

³ Tandis que 65% des hommes et 17% des femmes affirment que leur partenaire utilise un moyen de contraception. La notion de contraception a pu être comprise différemment. Voir page 12.

⁴ Nous pouvons supposer qu'il s'agit alors principalement de préservatifs, contraception néanmoins peu utilisée par les couples stables (THOMÉ, 2016).

hommes, il existe pourtant divers champs d'action possibles⁵ et ils cumulent les occasions manquées de s'impliquer. Pourtant, s'ils se contraceptaient, les bénéfices d'un partage équitable seraient socialement importants.

D'un point de vue de santé publique, une alternance contraceptive pourrait diminuer les risques liés aux effets secondaires potentiels que les femmes sont actuellement seules à supporter : risques d'accidents thromboemboliques veineux et artériels, douleurs et céphalées pour les contraceptifs estroprogestatifs⁶ ; risques de saignements irréguliers pour les progestatifs⁷ ; douleurs ou expulsion pour les DIU⁸, règles plus longues et plus abondantes pour le DIU au cuivre ; acné, tensions mammaires et kystes ovariens bénins pour le DIU hormonal (MANIGART et al., 2016). Mais aussi influence négative sur l'humeur et la libido (THOMÉ, 2018). La liste n'est pas exhaustive. En 2012, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont d'ailleurs été mises en cause à la suite d'une plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une Française ayant subi un grave accident vasculaire cérébral, provoquant ainsi un vif débat. Une contestation qui a pris de l'ampleur, suite à des cas semblables dans d'autres pays (AXELLE, 2018), et qui encourage d'autant plus à trouver des alternatives.

Ces effets secondaires incitent souvent les utilisatrices à changer de contraception⁹. Il s'agit de la première raison invoquée pour 77% des 17-20 ans, 38% des 21-30 ans, 30% des 31-40 ans et 26% des 41-55 ans (SOLIDARIS, 2017). Les effets secondaires représentent le premier désagrément cité par 61% des femmes interrogées en 2017, alors qu'elles étaient 37% en 2010 (le prix était alors la première contrainte citée par 54% des femmes). « *Il n'en existe pas d'idéale*, souligne Yannick Manigart, gynécologue-obstétricien au CHU Saint-Pierre et spécialiste de la contraception féminine. *Une contraception va peut-être convenir parfaitement à une femme et d'autres vont s'en plaindre. Pour certaines patientes, beaucoup, rien ne convient. Et c'est un vrai problème. Je me retrouve souvent à me demander ce que je vais leur prescrire. Elles expulsent leur stérilet, elles ne peuvent pas prendre ceci, la ligature des trompes implique un risque... S'il existait une alternative pour les hommes, ce serait bien !* » (MANIGART, 2018).

⁵ Inventaire dressé par *Féminisme Libertaire Bruxelles*. Voir annexe n°1.

⁶ La pilule estroprogestative, le patch contraceptif et l'anneau vaginal.

⁷ La pilule progestative à prendre en continu, l'implant contraceptif et les injectables.

⁸ Dispositif intra-utérin ou stérilet.

⁹ Entre 21 et 30 ans, une femme sur trois a déjà changé de contraception, plus d'une sur deux entre 31 et 55 ans (SOLIDARIS, 2017).

Une prise en charge masculine représenterait aussi une possibilité supplémentaire de réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements. Yannick Manigart estime à 30.000 le nombre d'avortements pratiqués par an en Belgique. La moitié de ces femmes utilisait une contraception (BRAUN, 2012). Ce qui démontre l'ampleur des échecs contraceptifs, dus à une mauvaise utilisation ou au pourcentage d'échec de la méthode utilisée. A titre d'exemple, par an, six femmes sur cent¹⁰, sous pilule contraceptive, seront enceintes (MANIGART, 2018).

De plus, la place des hommes est reconnue dans la régulation des naissances, que ce soit par l'importance de leur consentement ou de leur participation. *« A maintes reprises, divers organismes internationaux et non gouvernementaux responsables pour la mise en place des programmes de contraception ont découvert à quel point il est nécessaire d'associer et de faire adhérer les partenaires des femmes incluses dans le programme pour que celui-ci soit efficace »* (SPENCER, 2012, p. 208).

Enfin, être responsable de la contraception, c'est être en charge de celle-ci, en tant qu' *« être social fécond »* (PICARAT et MIEUSSET, 2014, p. 58). Mais être responsable, c'est aussi assumer ses actes, ses négligences et leurs conséquences. En étant contraceptés, les hommes pourraient contrôler plus efficacement leur propre fertilité. L'*« asymétrie corporelle »* (DESJEUX, 2012, p.189) entre femmes et hommes, ces derniers ne pouvant pas être enceints, ne devraient pas les empêcher pour autant de choisir le moment de devenir père. Dans ce cadre, il est inquiétant de constater l'évolution de la problématique de la *« paternité imposée »*, mise en avant par les mouvements masculinistes¹¹, et le développement international de la notion de *« fraude conceptionnelle »* qui *« désigne les actes commis par des femmes ou des hommes, pour concevoir un enfant à l'encontre de la volonté de leur partenaire »* (DELVOSAL, 2017, p. 37). Plusieurs actions en justice ont été menées par des hommes devenus géniteurs suite à une relation sexuelle sans contraception. En Belgique, en 2010, le tribunal de première instance de Liège, tout en pointant une *« légèreté fautive »* (DELVOSAL, 2017, p. 36), a attribué des dommages et intérêts à un homme qui se défendait dans le cadre d'une action en recherche de paternité entreprise par une call-girl. De telles décisions de justice pourraient permettre à ces hommes de faire pression sur les femmes afin d'avorter, en les menaçant d'une action en justice, restreignant ainsi leur droit à disposer de leur propre corps.

¹⁰ D'autres sources indiquent une efficacité pratique de 91%. Voir page 8.

¹¹ *« "Masculinisme" désigne aujourd'hui un ensemble de discours et d'actions militantes qui portent l'idée que les hommes souffrent d'une crise d'identité individuelle et collective, en raison de la domination sociale qu'exerceraient les féministes en particulier, et les femmes émancipées en général »* (DUPUIS-DÉRI, 2010, p. 55).

Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, et d'autres que nous verrons ultérieurement, il est donc essentiel de questionner la prise en charge féminine considérée comme naturelle et l'irresponsabilité des hommes en matière de contraception.

Plus d'un homme sur trois¹² se dit d'ailleurs prêt à utiliser une nouvelle contraception masculine, telle qu'une pilule (SOLIDARIS, 2017). Sans pour autant revendiquer collectivement ce droit comme ont pu le faire les femmes. 51% de ces volontaires affirment que cette décision leur permettrait d'être en charge à deux de la contraception, 36% que leur partenaire ne devrait ainsi plus en prendre et 34% voient l'avantage de doubler la protection. Quant aux femmes, elles sont plus nombreuses, une sur deux¹³, à souhaiter que leur partenaire utilise un moyen de contraception, avec le même trio de raisons, aux pourcentages comparables (respectivement 47%, 39% et 32%).

Si les avantages d'une responsabilité partagée sont nombreux, si une volonté des couples se dessine, quelles sont alors les raisons de cette inégalité persistante ?

L'ambition de ce travail de recherche est de les décortiquer mais aussi de démontrer, par l'exemple, qu'elles peuvent être dépassées.

Nous procéderons par étapes, en adoptant une démarche de vulgarisation. Tout d'abord, un état des lieux de la situation contraceptive sera brossé. Le cas de la Belgique sera détaillé, avec l'aide de Yannick Manigart. Spécialiste de la contraception, il a également fait partie des expert·e·s auditionné·e·s en commission de la Justice de la Chambre, en 2018, lors des débats sur la dépénalisation de l'avortement, position qu'il défend. Daniel Murillo, gynécologue et andrologue, spécialiste de la fertilité, nous éclairera particulièrement sur la contraception masculine. Ces deux professionnels progressistes officient tous deux au CHU Saint-Pierre, hôpital laïque, lié à l'Université libre de Bruxelles. Ils pourront par ailleurs apporter des réponses quant à l'influence du corps médical sur l'utilisation de la contraception par la patientèle. A noter qu'il n'a pas été possible d'obtenir un point de vue officiel du secteur des urologues, médecins pratiquant majoritairement les vasectomies. Malgré des demandes répétées, la Société belge d'urologie n'a pas souhaité répondre à nos sollicitations d'entretien. Selon trois médecins interrogés, le manque d'intérêt pour ces questions serait à l'origine de ce refus.

¹² « Oui » : 39% ; « non » : 31% ; « je ne sais pas » : 29%.

¹³ « Oui » : 51% ; « je ne sais pas » : 25% ; « non » : 22%.

Ensuite, seront abordés les freins techniques mais surtout culturels au développement et à l'utilisation d'une contraception masculine. La question des rapports sociaux de genre sera centrale pour comprendre la résistance de nos sociétés à plus d'égalité, également, en termes de contraception. J'utiliserai pour ce faire les travaux de médecins, dont certains développeurs d'une contraception masculine, et de chercheur·e·s en Sciences humaines, de différentes disciplines, spécialisé·e·s dans les questions de genre et principalement européen·n·e·s. Nous avons également assisté à un colloque à Paris¹⁴, organisé à l'occasion des cinquante ans de l'adoption de la loi Neuwirth (légalisation de la contraception en France en 1967), évènement qui a réactualisé ces questions. Plusieurs organisatrices et intervenantes nous ont permis d'alimenter ce travail. Comme c'est le cas de la FCPF-FPS¹⁵ qui a commandité l'enquête *Contraception 2017*, la plupart des auteur·e·s mentionné·e·s sont proches, voire militant·e·s au sein des mouvements féministes qui luttent pour l'égalité femmes-hommes.

Pour illustrer mon propos, je présenterai deux exemples de terrain : ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine) et, principalement, *Thomas Bouloù*¹⁶, une association et un groupe d'hommes français qui ont choisi de contrôler leur fertilité mais aussi de promouvoir la contraception testiculaire¹⁷. Plusieurs entretiens m'ont été accordés et j'ai pu assister à deux de leurs actions en 2017, une table ronde lors du colloque parisien et une soirée d'information à Bruxelles¹⁸.

Enfin, la contraception médicale féminine étant perçue, à juste titre, comme l'une des plus importantes avancées des luttes des femmes, il sera indispensable de s'interroger sur les dangers potentiels d'un partage de responsabilité, mis en exergue par certaines féministes. L'actualité nous montre régulièrement que le droit à disposer de son corps peut être remis en question, quel que soit le contexte.

¹⁴ *Genre et contraception : quelles (r)évolutions ?*, Paris, Laboratoire Junior Contraception & Genre et Institut National des Etudes Démographiques, 18 et 19 décembre 2017

¹⁵ A noter que le mouvement féministe des Femmes Prévoyantes Socialistes a récemment publié une analyse sur la question du partage contraceptif (ROUBIN, 2017). Voir bibliographie.

¹⁶ Du Breton « tomman ar bouloù » qui signifie « chauffer les boules ».

¹⁷ Le terme « testiculaire » est préféré par *Thomas Bouloù* car il permet de dépasser l'adjectif genré « masculin ».

¹⁸ Collectif THOMAS BOULOÙ, *Contracep'tour*, Bruxelles, 23 novembre 2017.

1. Etat des lieux de la contraception

La psychosociologue Brenda Spencer, spécialisée en santé sexuelle et reproductive, et la sociologue Cécile Thomé, soulignent toutes deux la pertinence de la classification des méthodes de contrôle des naissances proposées par Diller et Hembree en 1977 (SPENCER, 2012 ; THOMÉ, 2016). Ils font la distinction entre la personne qui initie la méthode (*male or female-initiated*), la personne sur la physiologie de laquelle la méthode est censée agir (*male or female-directed*) et la personne dont le consentement (*male or female-complied*) est nécessaire pour le succès de la méthode. Cette distinction montre déjà que la responsabilité présente différentes dimensions et peut dépasser le niveau purement technique. « *La plupart du temps, pour qu'une méthode soit utilisée de façon efficace, les deux partenaires sont concernés. Certaines méthodes nécessitent plus de coopération que d'autres* » (SPENCER, 2012, p. 208). Par exemple, le préservatif externe est souvent présenté comme un contraceptif masculin mais des études montrent pourtant que les femmes sont très impliquées dans leur utilisation (SPENCER, 2012), même plus que les hommes (THOMÉ, 2016). Toutefois, par souci de synthèse, je proposerai une classification classique en deux groupes : la contraception dite féminine et la contraception dite masculine.

En Belgique, la prescription et la publicité pour la contraception sont autorisées depuis 1973. Tour d'horizon des moyens contraceptifs disponibles en Belgique et en France, terrain d'action des militants d'ARDECOM et de *Thomas Bouloù*.

1.1. La contraception dite féminine

J'ai choisi de passer rapidement en revue, et non de les détailler, les différents moyens de contraception dite féminine, souvent bien connus, afin de me concentrer sur les autres problématiques.

1.1.1. Les différentes formes

En Belgique, trois grandes catégories de contraceptifs sont disponibles : les hormonaux comprenant les estroprogestatifs* (à base de progestatif et d'estrogène) et les contraceptifs à base de progestatif**seul, ainsi que les dispositifs intra-utérins (MANIGART et al., 2016).

Types	Utilisation	Efficacité pratique ¹⁹
<i>Contraception orale combinée*</i>	plaquette de 21 pilules (forme la plus classique), suivie de sept jours de pause	91%
<i>Patch*</i>	un par semaine durant trois semaines consécutives, une semaine de pause	91%
<i>Anneau vaginal*</i>	un durant trois semaines d'affilé, une semaine de pause	91%
<i>Pilule progestative**</i>	à prendre en continu	91 %
<i>Implant**</i>	efficace durant trois ans	99,9%
<i>Injectables**</i>	tous les trois mois	94 %
<i>DIU hormonal</i>	efficace entre trois et cinq ans, selon les types	99,8%
<i>DIU au cuivre</i>	efficace de cinq à dix ans, selon les types	99,8%

Des méthodes « barrières » sont également accessibles. Le diaphragme, en latex ou silicone, se glisse quant à lui dans le vagin lors des rapports sexuels pénétratifs et doit être complété par un spermicide. Son efficacité pratique est de 88%, tout comme la cape cervicale²⁰ qui lui est comparable. Protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), le préservatif interne²¹ est efficace en pratique à 79%.

Il existe également des méthodes dites « naturelles » qui consistent à ne pas avoir de rapports sexuels pénétratifs en période fertile (MANIGART et al., 2016). Parmi celles-ci, la méthode

¹⁹ L'efficacité pratique est celle mesurée dans des conditions d'utilisation courante (prise en compte des oublis, échecs...). L'efficacité théorique est celle observée dans des conditions d'utilisation parfaite. Source de ce tableau : <http://www.mescontraceptifs.be>

²⁰ Source : <http://www.mescontraceptifs.be>

²¹ Source : <http://www.mescontraceptifs.be>

sympto-thermique basée sur l'analyse minutieuse de la glaire cervicale et de la température corporelle afin de déterminer la date d'ovulation. Elle demande donc à l'utilisatrice une importante observation et compréhension de son cycle. La méthode Ogino ou du calendrier est basée sur le calcul de la période d'ovulation. Les méthodes de planification naturelle sont peu fiables : une femme sur quatre sera enceinte en utilisant ce procédé²².

Enfin, la stérilisation féminine est également proposée en Belgique mais peu pratiquée (MANIGART et al., 2016). Irréversible, la ligature tubulaire consiste en la pose de clips sur les trompes de Fallope par laparoscopie²³ et sous anesthésie générale. Son efficacité théorique est de 99,5%. En 2017, 4141²⁴ femmes ont subi cette opération. La pratique diminue : elles étaient 5807 en 2007.

Le prix de la contraception féminine varie en fonction du moyen choisi et de la marque²⁵. Par exemple, la pilule coûte de 8 à 40€ pour trois mois d'utilisation ; un stérilet au cuivre, valable cinq ans, de 18 à 130€. La plupart des contraceptifs sont remboursés partiellement par l'INAMI et certaines mutuelles accordent un remboursement supplémentaire à leurs affiliées. Les jeunes femmes de moins de 21 ans ont droit à un remboursement supplémentaire, voire à la gratuité suivant le contraceptif choisi. L'opération de ligature tubulaire en elle-même est intégralement remboursée.

1.1.2. Utilisation, évolution et limites

En Belgique, c'est la pilule qui domine le paysage contraceptif. 54% des femmes contraceptées utilisent cette méthode hormonale, 27% ont opté pour un stérilet, 4% pour l'anneau, 3% pour l'implant (SOLIDARIS, 2017). A noter que 6% utilisent le préservatif externe. Les autres moyens de contraception sont donc marginaux. « *La contraception est quelque chose de très culturel, affirme Yannick Manigart. Les modèles contraceptifs sont très variables en fonction des pays. Chez nous, une jeune femme qui nous consulte, ne vient pas nous voir pour une contraception mais pour qu'on lui prescrive la pilule. C'est un énorme travail d'expliquer qu'il n'y a pas que la pilule* » (MANIGART, 2018). Pour le gynécologue-obstétricien, il est important d'abandonner ce modèle classique. « *Je ne diabolise pas du tout la pilule mais ce*

²² Source : <http://www.zanzu.be>

²³ Intervention pratiquée à l'aide d'une caméra, avec incision sous le nombril, dans un ventre préalablement gonflé au CO² (MURILLO, 2018).

²⁴ Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Voir annexe n°2.

²⁵ Source : <http://www.jeminforme.be>

n'est pas un très bon moyen de contraception parce qu'on l'oublie beaucoup, surtout les jeunes. Il existe pourtant de nombreuses autres contraceptions et on doit en parler ».

Toutefois, les choses évoluent depuis peu. *« Depuis la polémique concernant la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération, les choses ont un peu changé. Enfin, le message passe dans le grand public : le stérilet peut être posé chez les femmes qui n'ont pas encore d'enfant ».* Le gynécologue remarque une évolution des pratiques en fonction de l'âge mais aussi de l'éducation. *« C'est une évidence, ça change et surtout chez les jeunes. C'est une tendance sociétale de méfiance envers les médicaments. On roule à vélo, on mange bio, on utilise un stérilet. (...) Auparavant, les gens plutôt éduqués prenaient la pilule. Et maintenant, j'ai l'impression que les gens plutôt éduqués choisissent souvent un stérilet ».*

Le praticien estime également qu'il faut favoriser, en cas de difficulté d'observance et chez les adolescentes, la *long-acting reversible contraception*, des méthodes de long cours qui ne nécessitent pas une prise quotidienne, comme le DIU ou l'implant. Les conseils du médecin varient en fonction de l'âge de ses patientes. *« Après quarante ans, je ne prescris plus de contraception estroprogestative à mes patientes car c'est un risque, même minime, même si elles ne sont pas obèses, même si elles ne fument pas. J'essaie de trouver une autre solution pour éviter les risques cardiovasculaires. Pour moi, le stérilet est la meilleure alternative. Il y a également toutes les contraceptions progestatives seules, comme l'implant mais beaucoup de patientes souffrent de saignements ».*

Autre alternative proposée : la stérilisation féminine. Mais le spécialiste lui préfère la vasectomie. *« Dans le cas de la vasectomie, le canal déférent, on le palpe. On peut même pratiquer l'intervention sous anesthésie locale même si je pense que c'est préférable d'endormir les patients. On ne rentre pas dans un ventre. Le risque opératoire est quasi inexistant. Pour les ligatures des trompes, il y a un petit risque et j'en ferais beaucoup plus s'il n'y avait pas ce risque opératoire. Il faut endormir, poser un trocart dans le ventre... C'est un geste chirurgical qui n'est pas anodin ».* Ce que confirme également Daniel Murillo qui pratique également des vasectomies. *« Toutes les études le montrent : à faire une stérilisation dans un couple, tout est en faveur de la vasectomie. [La ligature des trompes] C'est une petite intervention mais, néanmoins, une intervention dans le ventre de la patiente. Il faut donc injecter du gaz pour avoir accès aux trompes et poser les clips. Il y a une anesthésie générale et les risques opératoires sont plus importants. La vasectomie s'effectue sous la peau. Il s'agit d'une petite incision. Il existe également des risques mais incomparables »* (MURILLO, 2018).

1.2. La contraception dite masculine

S'il existe un éventail, bien qu'imparfait, de moyens contraceptifs féminins, « *la contraception masculine, c'est clairement le grand désert* », résume Yannick Manigart (MANIGART, 2018).

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire de 1994, organisée par les Nations Unies, a introduit le concept de « santé de la reproduction », un tournant dans la manière d'aborder la fécondité et la régulation des naissances. Il institue « *la possibilité pour tous, femmes et hommes, d'avoir une sexualité sans danger, de se reproduire ou non, en ayant le nombre d'enfants souhaités, au moment voulu, et ce, sans danger pour la mère et l'enfant* » (ANDRO et DESGRÉES DU LOÛ, 2009, p.4). Près de 25 ans plus tard, peu de choses ont évolué pour les hommes en matière de contrôle de leur fécondité. « *Alors que treize nouveaux contraceptifs féminins ont été mis sur le marché depuis la seconde guerre mondiale, rien n'a changé pour les hommes* », constate le sociologue Cyril Desjeux (DESJEUX, 2009, p. 51). Les études concernant la reproduction masculine sont rares, les données disponibles sous-exploitées ou lacunaires (ANDRO et DESGRÉES DU LOÛ, 2009). Elles se concentrent essentiellement sur les femmes, alors qu'elles ont une vie fertile plus courte. Par contre, la place des hommes est centrale dans les analyses relatives à la sexualité.

En Belgique, seuls deux moyens de contraception dite masculine sont actuellement disponibles : le préservatif externe et la vasectomie. En France, des médecins ont mis au point deux autres méthodes dont l'utilisation reste toutefois marginale : les contraceptions thermique et hormonale. D'autres méthodes sont régulièrement annoncées dans la presse.

1.2.1. Le préservatif externe

Le préservatif externe est le contraceptif dit masculin le plus connu et permet également de se protéger contre les IST. Son prix varie entre 0,20€ et 1€/pièce (6€/boîte de trois pour le préservatif interne) et il peut être distribué gratuitement par les centres de planning familial²⁶. Il n'est pas remboursé par l'INAMI.

En Belgique, il est le moyen contraceptif le plus utilisé dans la tranche d'âge 17-20 ans (SOLIDARIS, 2017). Il est surtout utilisé en début de vie sexuelle, lors de relations ponctuelles

²⁶ Source : <http://www.jeminforme.be>

et dans un souci de protection contre les IST mais très peu dans les relations stables (THOMÉ, 2016).

Objet masculin, ce n'est pas pour autant qu'il est de la seule responsabilité des hommes. En Belgique, 71% des hommes interrogés et 51% des femmes considèrent qu'ils le prennent en charge à part égale (SOLIDARIS, 2017). Selon les recherches effectuées en France par Cécile Thomé, il apparaît que, dans la majorité des cas, ce sont les femmes qui assument aussi bien la charge logistique que mentale des préservatifs (THOMÉ, 2016).

1.2.2. La vasectomie

Il s'agit d'une opération de stérilisation, généralement pratiquée par un·e urologue, qui consiste à sectionner les canaux déférents, entre les testicules et la prostate, qui permettent le transport des spermatozoïdes jusqu'au sperme²⁷ (MURILLO, 2018). Le patient est considéré comme infertile deux à trois mois après l'opération, le temps d'évacuer les derniers spermatozoïdes compris dans le sperme²⁸. Son volume n'est que très peu modifié, les spermatozoïdes n'en représentant que 3 à 5%.

L'opération est effectuée sous anesthésie locale ou générale et dure une vingtaine de minutes. Elle est généralement considérée comme définitive. L'intervention inverse, la vasovasostomie, consiste à ressouder les canaux déférents mais son efficacité est relative. La quantité de spermatozoïdes pourrait être réduite, à cause de canaux endommagés, mais aussi leur qualité, en fonction de l'ancienneté de la vasectomie. En définitive, le patient récupérera une fertilité normale dans un cas sur deux. Il existe toutefois la possibilité de congeler des spermatozoïdes avant une vasectomie dans le but d'une future procréation médicalement assistée.

En Belgique, 10.050 hommes ont eu recours à une vasectomie en 2017, contre 8143 en 2007²⁹. Hormis une forte progression entre 2016 et 2017, cette évolution est pour l'instant en dents de scie. La majorité des interventions concerne les hommes entre 30 et 45 ans, avec un pic entre 35 et 40. On constate une forte différence géographique : en 2017, 7768 hommes résidant en Flandre ont été vasectomisés, contre 2055 en Wallonie et 169 à Bruxelles (58 non-répartis). En

²⁷ Voir annexe n°3.

²⁸ 72 jours sont nécessaires entre la spermatogénèse, la fabrication des spermatozoïdes dans les testicules, et l'éjaculation (MURILLO, 2018).

²⁹ Source : INAMI. Voir annexe n°4.

France, 0,8%³⁰ des hommes seraient vasectomisés. A titre de comparaison, et selon ces chiffres datant de 2008 issus d'un rapport des Nations Unies publié en 2017, 8,4% des hommes belges auraient subi une vasectomie.

En Belgique, il n'existe aucune législation encadrant la vasectomie ou la ligature tubulaire (MURILLO, 2018). Une proposition de loi, relative à la stérilisation contraceptive et thérapeutique, avait été déposée en 2003 mais n'a pas abouti. Elle se calquait sur le modèle français : nécessité d'être majeur·e, de prendre rendez-vous avec un·e psychologue et délai de réflexion de quatre mois entre deux rendez-vous chez un·e praticien·ne. Si le parcours est plus simple en Belgique, la plupart des médecins demandent tout de même à leurs patient·e·s de signer une déclaration confirmant qu'ils comprennent les conséquences de l'intervention. En France, la stérilisation, considérée auparavant comme une mutilation, bénéficie d'un encadrement législatif depuis 2001 (VENTOLA, 2016).

1.2.3. La contraception hormonale

C'est en 1950 que des chercheurs ont découvert qu'il était possible de maîtriser hormonalement la fécondité masculine mais ce n'est qu'à partir de 1979 que des tests ont été menés en France (DESJEUX, 2009). L'association ARDECOM, réunissant des médecins et des hommes se sentant concernés par la contraception, faisait partie des pionniers (GUÉRIN et ROLLET, 2013). A l'époque, la méthode jugée la plus efficace combinait une pilule progestative et une lotion de testostérone. Mais depuis, la plupart de ces molécules ont disparu du marché pharmaceutique tandis que les produits encore existants n'ont pas reçu d'autorisation de mise sur le marché en tant que contraception testiculaire.

Aujourd'hui, la contraception hormonale, validée par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) dans les années 1990, consiste en une injection d'éthandate de testostérone en intramusculaire³¹, une fois par semaine³², afin d'empêcher la spermatogénèse (PICARAT et MIEUSSET, 2014). Une personne est considérée comme stérile si la concentration de spermatozoïdes mobiles est inférieure à 1 million/ml³³. Il faut généralement attendre entre un

³⁰ Source : World Contraceptive Use 2017, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017.

³¹ La testostérone étant rapidement métabolisée par le foie, son ingestion est inefficace (GUÉRIN et ROLLET, 2013).

³² Certaines injections hormonales pourraient être effectuées toutes les trois semaines ou tous les trois mois (MURILLO, 2018).

³³ Un éjaculat fertile contient en moyenne 50 millions de spermatozoïdes/ml (MURILLO, 2018). Selon l'OMS, il sera jugé anormal en-dessous de 15 millions. La mobilité est également un paramètre de normalité.

et trois mois pour que l'effet contraceptif soit démontré par un spermogramme. Les personnes contraceptées doivent s'assurer de l'efficacité du processus grâce à ces analyses de sperme régulières. La spermatogénèse peut reprendre rapidement après l'arrêt des injections, après trois mois en moyenne (SOUFIR et MIEUSSET, 2012). Cette méthode est relativement efficace : un taux de 8,1% de grossesses a été constaté lors des études effectuées à grande échelle par l'OMS (GUÉRIN et ROLLET, 2013).

Un bilan médical est demandé pour tout homme souhaitant être contracepté hormonalement afin de repérer d'éventuelles contre-indications (pathologies cardiaques, hépatiques, cancer de la prostate, intoxication tabagique ou alcoolique, obésité...). Des effets secondaires considérés comme bénins ont été signalés chez 16% des hommes testés (acné, agressivité, prise de poids, modification de l'hématocrite...) (SOUFIR et MIEUSSET, 2012). Conformément au protocole de l'OMS, il est conseillé de ne pas utiliser cette contraception plus de dix-huit mois, les études n'ayant pas dépassé ce délai.

Actuellement, en France, au moins deux médecins prescrivent ces injections : Jean-Claude Soufir, endocrinologue (Hôpitaux Universitaires Paris Centre), qui a participé à sa mise au point dans les années 1980, et Roger Mieusset, andrologue (CHU de Toulouse). Le nombre d'utilisateurs est restreint : 18 entre 2016 et 2018 (MIEUSSET, 2018). Mais tout médecin généraliste pourrait les prescrire sur base du protocole de l'OMS et les dix euros par injection pourraient être remboursés, tout comme les spermogrammes³⁴. Cette contraception n'est pas prescrite en Belgique.

1.2.4. La contraception thermique

Cette méthode de contraception, mise au point au début des années 1980, est appelée aussi « slip chauffant » ou « remonte-couilles toulousain » (RCT), en référence à la ville d'où sont originaires ses concepteurs, membres d'ARDECOM (SOUFIR et MIEUSSET, 2013). Il s'agit d'un sous-vêtement particulier à porter en journée, durant quinze heures, et qui permet d'augmenter la température des testicules. Ce slip, muni d'un trou par lequel passe la verge, vide le scrotum et remonte les testicules dans le corps et ce, à l'entrée des canaux inguinaux, au niveau de la racine de la verge³⁵. Ainsi placées, les testicules gagnent deux degrés, ce qui permet de réduire la spermatogénèse. Il faut généralement attendre deux à quatre mois avant que la

³⁴ Source : <http://www.contraceptionmasculine.fr>

³⁵ Voir annexe n°5.

contraception ne soit efficace ; six à neuf mois, après l'arrêt du port du slip, pour un retour total à la normale. Des spermogrammes réguliers seront réalisés pour s'assurer de l'efficacité (SOUFIR et MIEUSSET, 2012).

Un bilan médical clinique doit être effectué pour préciser les contre-indications éventuelles (anomalies de la descente des testicules, hernie inguinale, cancer des testicules...). Il n'y a pas d'effet secondaire connus pour cette méthode mais l'utilisation conseillée est limitée à quatre ans. Cette contraception thermique n'a pas été validée par l'OMS.

Cette méthode a été testée sur neuf couples durant 159 cycles. Une grossesse est survenue, suite à une mauvaise utilisation du sous-vêtement (arrêt du port pendant sept semaines). *« Ce sont de petites études, tempère Daniel Murillo. Et donc, on ne peut pas en tirer de conclusions. Les chercheurs n'ont pas obtenu d'azoospermie (absence de spermatozoïdes, NDLR). La fertilité est fortement réduite mais pas nulle. Il faudrait mener une étude sur des milliers d'hommes. L'efficacité est réelle mais on ne connaît pas son ampleur »* (MURILLO, 2018).

Un seul médecin prescrirait cette contraception en France, Roger Mieusset, par ailleurs l'un des concepteurs de la méthode. 29 personnes l'ont utilisée entre 2011 et 2018 (MIEUSSET, 2018). Le professionnel travaille avec une couturière pour la confection du slip, qui n'est pas reconnu comme dispositif médical, et ne le facture pas à sa patientèle. Toutefois, une collaboration avec une société parapharmaceutique serait sur le point d'aboutir à la commercialisation de ces sous-vêtements. A noter qu'ils doivent être adaptés à chaque individu pour être efficaces. Les membres de *Thomas Bouloù*, dont certains ont opté pour cette méthode, les confectionnent eux-mêmes.

En Belgique, cette méthode est quasiment inconnue. Toutefois, *Thomas Bouloù* a organisé au mois de novembre 2017, à Bruxelles et à Liège, un atelier de confection de slips auquel a participé une dizaine de personnes.

1.2.5. Les contraceptions à l'étude

Régulièrement, on voit poindre dans la presse des titres accrocheurs affirmant l'arrivée imminente d'une pilule contraceptive pour hommes. *« Les contraceptions hormonales, on en parle depuis des décennies pour l'homme, constate Daniel Murillo. On dit "C'est pour l'année prochaine, ça va venir, ça va venir... mais ça ne vient jamais". C'est comme l'Arlésienne »* (MURILLO, 2018).

Toutefois, pour Yannick Manigart, une pilule pour hommes ne représenterait pas une solution. *« Je ne suis pas du tout pour. C'est tout de même la femme qui en paie les conséquences. Quand je vois déjà la façon dont les femmes ont du mal à prendre leur pilule... C'est un très mauvais moyen de contraception, parce qu'on ne la prend pas bien. La plupart des échecs contraceptifs, c'est sur pilule »* (MANIGART, 2018).

Les Docteurs Manigart et Murillo sont également sceptiques quant aux contraceptions hormonale et thermique qu'ils jugent astreignantes, parfois douloureuses ou peu confortables. Ils estiment tous deux qu'il faudrait développer des moyens contraceptifs non hormonaux, à long terme et réversibles. Ils attendent beaucoup du *Vasalgel*, un gel injecté dans les canaux déférents et qui, tel un bouchon, bloque les spermatozoïdes. Il peut ensuite être dissous grâce à une deuxième injection, sans que la fonction des testicules ne soit altérée. *« Je mets beaucoup d'espoir dans ce nouveau concept développé dans les années 1990 en Inde, développe Daniel Murillo. Des Américains en ont acquis la licence et les premières études humaines sont menées en 2018. Les études animales montrent que c'est tout à fait efficace. Mais ce n'est pas encore demain qu'il sera vendu dans nos pharmacies »* (MURILLO, 2018). Pas avant minimum cinq ans, estime l'andrologue. *« Ça n'intéresse pas les investisseurs. La Fondation Parsemus, qui développe le Vasalgel, est une fondation sans but lucratif. La Big pharma (l'industrie pharmaceutique, NDLR) n'est pas intéressée car ce n'est pas rentable du tout. On va faire deux injections et le patient est parti pour des années ! Ce qu'elle préfère, c'est vendre des pilules car c'est rentable. On est donc obligé de passer par des associations non gouvernementales dont la capacité financière est évidemment réduite. Ça prend beaucoup plus de temps pour obtenir des fonds et développer les études »*. Parsemus organise d'ailleurs des campagnes de levée de fonds auprès du grand public.

Les avancées médicales permettront-elles réellement d'établir un nouvel équilibre au sein des couples ? La psychosociologue Brenda Spencer en doute. *« La découverte de nouvelles méthodes visant la physiologie masculine est un moyen d'inclure les hommes mais elle n'est pas la seule. D'ailleurs, un nouvel outil technique n'apporterait pas de solution miracle à un problème de société qui se pose à plusieurs niveaux : psychologique, social et économique »* (SPENCER, 2012, p. 208). C'est ce que nous analyserons dans le prochain chapitre.

2. Pourquoi les hommes ne s'impliquent-ils pas ?

D'après l'enquête *Contraception 2017* de Solidararis, 31% des hommes ne souhaitent pas utiliser d'autres méthodes contraceptives masculines, comme une pilule, si elles venaient à être commercialisées³⁶. Pour expliquer leur refus, près de la moitié d'entre eux (47%) déclarent que le fonctionnement actuel convient à leur couple et plus d'un homme sur cinq (22%) préfère que sa partenaire soit seule en charge de la contraception. 19% auraient peur d'oublier et 17% doutent de la fiabilité de ces méthodes. Les effets secondaires éventuels sont également mis en avant pour justifier leur position : 20% craignent un impact sur leur santé.

Un homme sur trois est donc encore réfractaire à l'idée de se contracepter. A cela s'ajoute un choix contraceptif réduit. Quelles sont les raisons qui brident le développement et l'utilisation de la contraception masculine ?

2.1. Les freins techniques

En 1972 déjà, l'OMS lançait un programme sur la régulation de la fécondité masculine, suspendu sept ans plus tard, devant de nombreux obstacles : manque d'intérêt de l'industrie pharmaceutique, manque d'intérêt de la médecine, doute quant à la volonté des hommes d'utiliser une contraception, attitudes négatives des décideurs et prestataires de services... (SPENCER, 2012). Les moyens investis ont toujours été limités, ne dépassant pas 10,4% du budget total de l'OMS consacré au développement des méthodes de régulation des naissances, même entre 1987 et 1992, époque durant laquelle des études importantes étaient menées.

L'une des raisons invoquées pour expliquer le désintérêt de l'industrie pharmaceutique est que la contraception masculine n'est pas rentable et ne répond pas aux enjeux économiques des laboratoires pharmaceutiques (MANIGART, 2018 ; MURILLO, 2018). Comme nous l'avons vu, Parsemus, qui développe le prometteur *Vasalgel*, est une fondation à but non lucratif qui s'appuie sur des dons. L'objectif n'est pas le même que celui de l'industrie pharmaceutique, ce que regrettent certains auteurs : « *Il est cependant décevant que la diffusion n'ait toujours pas eu lieu, en raison de l'absence annoncée de bénéfice financier pour l'industrie pharmaceutique, qui considère les marges de profits plus importantes que les avancées psychosociales dans les processus de prise de décisions familiales ou sexuelles* » (VAN WERSCH, EBERHARDT et STRINGER, 2013, p. 176). Ils recommandent dès lors que les pouvoirs publics collaborent avec

³⁶ Pour rappel, 39% des hommes interrogés se disent disposés à les utiliser, 29% ne savent pas.

l'industrie pour rendre accessible cette contraception. Daniel Murillo tranche : « *Ce n'est pas leur priorité !* » (MURILLO, 2018).

Les contraintes et les effets secondaires potentiels sont aussi cités pour expliquer l'échec de la diffusion des contraceptions masculines hormonales et thermiques (MANIGART, 2018 ; MURILLO, 2018). Une étude commanditée par l'OMS justifie ainsi la décision de ne pas mettre sur le marché un nouveau contraceptif masculin hormonal en raison d'effets secondaires subis par vingt hommes... sur 320 (LE FIGARO, 2016). Les effets secondaires cités sont pourtant comparables à ceux subis par les femmes, ce qui pose par ailleurs la question de la hiérarchisation sexuée de la santé, à court ou long terme. « *Si un des discours ralentissant la commercialisation des méthodes nouvelles de contraception masculine s'appuie sur l'incertitude des effets à long termes sur la santé, il est bon de rappeler que la pilule féminine a été introduite sur le marché dix ans après son développement et que des affinements ont eu lieu au cours de son utilisation par les femmes au fur et à mesure que des effets indésirables et des problèmes de santé ont surgi* ». (PICARAT et MIEUSSET, 2014, p. 58)

Enfin, certains chercheurs avancent l'hypothèse d'un retard de la contraception masculine dû à la difficulté de bloquer un processus continu, la spermatogénèse, par rapport à l'ovulation mensuelle (LANNOU, 2013 ; GUÉRIN et ROLLET, 2013). Daniel Murillo n'en est pas convaincu : « *Simplement, femmes et hommes fonctionnent différemment. Il faut s'adapter à une autre physiologie. Mais si on leur donne suffisamment d'androgènes, les hommes deviennent stériles, c'est clair* » (MURILLO, 2018).

2.2. Les conseils des professionnel·le·s de la santé

2.2.1. Les médecins

La majorité des méthodes contraceptives n'étant accessible que sur prescription médicale, les médecins sont devenus des acteurs très importants de leur promotion et de leur diffusion (VENTOLA, 2016).

Dans ses recherches, Cécile Ventola, sociologue spécialisée en santé publique, révèle la différence de pratiques entre prescripteurs anglais et français qui influence fortement les méthodes de contraception. En France, 15% des femmes entre 15 et 49 ans déclarent bénéficier de méthodes considérées comme masculines (préservatifs, vasectomie et retrait) tandis que, au Royaume-Uni, elles sont 54%. Cécile Ventola démontre que les recommandations

contraceptives diffèrent en fonction du contexte national (mode de rétribution, légalité des méthodes, coût pour les patient·e·s...).

Ainsi, la vasectomie a été intégrée au système de soins au Royaume-Uni depuis les années 1960, mais seulement en 2001 en France, pays de tradition nataliste. Autre exemple : les praticien·ne·s français·es sont généralement payé·e·s à l'acte, ce qui peut donc les encourager à prescrire des méthodes contraceptives demandant un renouvellement régulier d'ordonnance, ce qui n'est pas le cas ni du préservatif ni de la vasectomie. Par contre, les praticien·ne·s britanniques sont payé·e·s de manière forfaitaire, suivant le nombre de patient·e·s. Les pratiques et formations sont également plus contrôlées par les pouvoirs publics et standardisées au Royaume-Uni. Un protocole précis les incite à présenter systématiquement à leurs patient·e·s l'ensemble des méthodes disponibles. Ce n'est pas le cas des médecins français·e·s qui peuvent laisser s'exprimer plus largement leur vision personnelle. De plus, en France, l'industrie pharmaceutique, qui ne s'intéresse donc pas à la contraception masculine, joue un rôle important dans la formation et l'information des médecins.

Par contre, l'ensemble des médecins, tant français·e·s qu'anglais·e·s, est influencé par la représentation genrée de la contraception. Ils partagent la vision d'une responsabilité majoritairement féminine, avec toutefois des tendances très différentes. Les Français·e·s présentent une perception plus naturalisante (« *Les femmes seraient ainsi naturellement plus concernées que les hommes, qui eux feraient preuve d'une indifférence biologiquement ancrée* » (VENTOLA, 2016, p. 109), bien que certain·e·s envisagent davantage une responsabilité masculine. Les Britanniques abordent généralement le sujet comme une question de société et d'éducation, avec une possibilité d'évolution.

La chercheuse pointe, dans ces recherches, le rôle crucial des professionnel·le·s de la santé : « *L'analyse de ces pratiques montre ainsi que là où les méthodes masculines sont proposées, elles constituent une part plus importante de la couverture contraceptive, ce qui tend à confirmer l'importance des prescripteurs dans la structuration genrée du recours contraceptif* » (VENTOLA, 2016, p. 117). Selon elle, les pouvoirs publics pourraient être un levier, en amont, pour endiguer les perceptions individuelles. « *La féminisation de la contraception à la française résulterait de politiques institutionnelles et médicales qui laissent une place importante aux représentations individuelles des médecins. (...) De même, les différences constatées dans les représentations de genre en Angleterre, qui accordent une plus grande place aux hommes dans le domaine contraceptif (...), peuvent s'interpréter comme*

influencées par un cadre institutionnel qui ne détermine pas a priori les préférences individuelles » (VENTOLA, 2016, p. 118).

Pour Yannick Manigart, l'influence des médecins est une évidence. *« Bien sûr que le gynécologue influence terriblement. Moi, je peux décider de ce que va prendre ma patiente. Je ne dis pas que je vais le faire mais je sais que je peux l'influencer d'une telle manière. C'est facile puisque les patientes n'ont pas toutes les armes pour décider. C'est facile de dire que la pilule, c'est bien, quand on a envie de ne pas s'emmerder » (MANIGART, 2018).* Le manque de temps est aussi avancé. *« Parler contraception prend beaucoup de temps. Dans le privé, la rentabilité est importante, mais maintenant aussi dans le public. On a vingt minutes par patiente. Et souvent, il faut aussi mener la petite visite de check up. Je pense qu'on ne prend pas assez le temps d'expliquer les différents moyens de contraception, leurs avantages, leurs inconvénients. (...) Mais c'est dur de maîtriser aussi bien les choses. C'est une spécialité, une sous-spécialité en soi. Connaître la contraception, ce n'est pas très compliqué, c'est comme tout en médecine. Bien connaître la contraception, c'est déjà plus compliqué ».*

Les formations des médecins pourraient être en cause mais aussi un certain désintérêt de la part des praticien·ne·s et l'influence de l'industrie pharmaceutique. *« Cela dépend toujours de la personne qui donne cours sur la contraception, pour peu qu'il y en ait un. Ce n'est en tous cas pas toujours la grande priorité, je pense, au cours de gynécologie. Il y a tellement de choses dont on doit parler. Ici (au CHU Saint-Pierre de Bruxelles, NDLR), j'en donne à un tiers des étudiants qui font médecine car ils passent en stage d'examen de l'ULB. Mon chef de service me permet de leur donner deux-trois heures sur la contraception, l'avortement. Des professeurs en parlent probablement au cours. Mais beaucoup de gynécologues ne s'y intéressent pas tellement. Moi, j'ai choisi de me spécialiser. Je suis évidemment plus critique. Quand on est jeune, on est fort influencé par les firmes pharmaceutiques, par ce qu'elles racontent quand elles nous vendent une pilule. Ça joue quand même. Elles ont des arguments qui souvent ne sont pas scientifiques. Ils sont délégués, ils n'y connaissent rien. Mon but est d'expliquer aux étudiants d'être très critiques, de vérifier les dires, de se renseigner ».*

Quant à proposer une méthode de contraception masculine, c'est encore moins évident. *« On parle très peu de la vasectomie, constate Daniel Murillo. Moi, je suis sensibilisé, je la propose systématiquement. Mais la plupart des gynécos se cantonnent à leur business, la contraception féminine, parce que c'est ce qu'ils connaissent le mieux » (MURILLO, 2018).* *« Ce n'est pas facile, même pour moi, concède Yannick Manigart. Souvent, le partenaire n'est pas présent.*

C'est clair que je propose une vasectomie quand on se trouve dans un cul de sac au niveau des possibilités. (...) Là, ça vient tout de suite à l'idée. Mais j'avoue sans problème que je n'y pense pas facilement non plus. Parfois ça dépend des patientes. Si on est en ligature, je propose directement la vasectomie. Maintenant, si on n'est pas dans ce cas-là, que la patiente n'en parle pas, c'est vrai que je ne vais pas dire systématiquement "Et votre mari ?". Et pourtant, je pourrais, à partir de 40 ans » (MANIGART, 2018).

Le médecin relève ici un autre obstacle important : difficile de proposer systématiquement la vasectomie quand on ne voit pas les partenaires des patientes. L'absence des hommes est en effet un frein à leur sensibilisation. La première personne qui conseille les femmes en matière de contraceptifs est le gynécologue (77%) alors que chez les hommes, le conseiller le plus cité est... la partenaire (37%) (SOLIDARIS, 2017). Selon Yannick Manigart, le médecin traitant pourrait jouer un rôle dans la sensibilisation à la contraception masculine. « *On consulte un urologue en cas de problème urologique. On ne va pas le voir tous les deux ans comme on va voir le gynéco tous les deux ou trois ans. Le patient n'a pas l'occasion de poser la question. Ceux qui devraient être les plus informés, ce sont les médecins traitants et, bien sûr, les gynécologues quand leur patiente leur pose la question* » (MANIGART, 2018).

2.2.2. Les centres de planning familial

Les hommes sont également absents des centres de planning familial, autres acteurs importants de la santé sexuelle et reproductive. Dans les lieux gérés par la FCPF-FPS, les hommes ne représentent que 14%³⁷ du public (MALCOURANT, 2018).

Yannick Manigart est également responsable du centre de planning familial du CHU Saint-Pierre. Selon lui, ces établissements ne portent pas d'attention particulière à la contraception masculine. Nous verrons plus tard qu'ARDECOM et *Thomas Bouloù* collaborent avec eux pour promouvoir la contraception testiculaire.

Certains centres belges se sont néanmoins intéressés à la question en produisant diverses analyses³⁸ ou outils de sensibilisation. Ainsi, la FCPF-FPS a mené, en 2017, une campagne de qualité intitulée *Fifty-Fifty*³⁹ qui proposait des pistes pour un meilleur partage des

³⁷ 85% du public sont des femmes, 1% des couples (MALCOURANT, 2018).

³⁸ Voir bibliographie. Auteurs : Lara Lalman (CEFA) et Eloïse Malcourant (FCPF-FPS).

³⁹ <http://www.planningsfps.be/federation/actions/Nos-campagnes/Pages/campagnecontraceptiondeuxpartenaires.aspx>

responsabilités en matière de contraception. La campagne, déclinée en brochure, flyer, affiches, page internet et actions de terrain, s'appuyait sur l'enquête *Contraception 2017* de Solidaris. « *L'idée de cette campagne nous est venue en sondant nos centres de planning*, explique Éloïse Malcourant, chargée de communication et responsable éducation permanente à la FCPF-FPS. *Ils nous ont fait remonter ce manque d'implication de la part des hommes, bien que moins alarmant qu'auparavant* » (MALCOURANT, 2018).

Les outils ont été distribués également en dehors des centres, pour toucher un large public, notamment les CPAS, lors des animations EVRAS⁴⁰ dans les écoles, mais aussi à l'occasion d'activités de sensibilisation (Fête de Wallonie à Namur, salon Santé de la Ville de Liège, 24 heures vélo de Louvain-la-Neuve, Journée mondiale de la contraception à Bruxelles...). « *Les retours sur le terrain ont été positifs mais c'est difficile de les évaluer précisément. Les gens étaient souvent interpellés, intéressés, surtout en ce qui concerne la participation financière* ». Éloïse Malcourant estime qu'il est nécessaire de poursuivre la sensibilisation, l'inscrire dans l'organisation même des plannings : « *Il faudrait interpellier davantage les hommes qui viennent dans nos centres, dès l'accueil. Et aussi, davantage les plus jeunes via l'EVRAS dans les écoles* ».

Il est effectivement important de souligner le rôle de l'EVRAS dispensée notamment dans les écoles ou les maisons de jeunes. L'ethnologue Paola Tabet pointe ainsi l'éducation sexuelle fortement genrée en vigueur dans de nombreux pays (TABET, 2004). Par exemple, au Brésil et aux États-Unis, l'information donnée aux adolescentes se limite presque exclusivement à leurs capacités reproductives et aux dangers du sexe, tandis que celle proposée aux garçons est davantage centrée sur le plaisir. En Belgique, les animations EVRAS reproduisent bien souvent des stéréotypes genrés et ne proposent pas toujours une approche égalitaire (BLOC et PEREIRA, 2017).

A noter d'ailleurs que, début 2018, quatre Fédérations de centres de planning familial francophones et une association de lutte contre le Sida ont mené ensemble une campagne⁴¹ de sensibilisation à l'utilisation de la contraception à destination des jeunes. Très complète et pédagogique, elle mettait en lumière un large éventail de moyens contraceptifs. Toutefois, la question du partage des responsabilités n'y était que très peu visible.

⁴⁰ Education à la vie sexuelle, relationnelle, affective et sexuelle dispensée par les professionnel·le·s du secteur psycho-médico-social, dont font partie les centres de planning familial.

⁴¹ <http://www.mescontraceptifs.be>

2.3. Les freins culturels et symboliques

A la vue de ces premiers éléments, les freins techniques semblent donc davantage tenir du prétexte. La sociologue Nelly Oudshoorn, spécialisée dans le domaine des technologies et de la santé, l'affirme : « *Pour comprendre ce délai dans la production d'une contraception masculine, il ne faut pas chercher du côté des contraintes technologiques, mais plutôt des résistances culturelles* » (OUDSHOORN, 2010, p. 40). Quant aux professionnel·le·s de la santé, leurs conseils et pratiques diffèrent d'un pays à l'autre. Pour Brenda Spencer, « *le véritable obstacle [au développement d'une contraception testiculaire] se trouve dans les représentations sociales de la sexualité des hommes et des femmes* » (SPENCER, 1999, p. 29). Il est temps de creuser les freins les plus pernicioeux car encore très souvent jugés naturels, et donc immuables : les freins culturels et symboliques.

2.3.1. Les contextes sociaux et historiques

Nous pouvons d'emblée réfuter la perception essentialiste de la contraception comme étant une responsabilité féminine évidente et naturelle. Car ce n'est que depuis les années 1960 et l'apparition des nouvelles méthodes contraceptives médicales (pilule et DIU), qu'on a assisté « *dans la plupart des pays, à une féminisation de la question contraceptive* » (VENTOLA, 2016, p. 102). S'ils connaissaient depuis très longtemps des méthodes contraceptives et d'avortement, souvent inefficaces car reposant sur des connaissances physiologiques erronées, les êtres humains ne les utilisaient pas au quotidien (VAN DE WALLE, 2005). Cela ne fait que deux siècles qu'ils ont commencé à limiter les naissances. Juste avant le développement de la contraception médicale, c'est la méthode du retrait qui était la plus utilisée en Europe. Une méthode qui plaçait (et place toujours) l'homme dans une position active, même si elle demande une forme de collaboration entre partenaires (VENTOLA, 2016). Cette technique de contraception se transmettait ainsi de père en fils et la responsabilité d'une grossesse non désirée au sein d'un couple était imputée à l'homme, blâmé pour cet échec, tandis que l'avortement était du ressort de la femme (LES COUILLES SUR LA TABLE, 2018). Avec l'avènement de la pilule et du DIU, « *les arrangements contraceptifs sortent du cadre privé et intime pour être discutés en cabinet médical. La relation médecin-usager, dans le cadre de la consultation gynécologique, prévaut désormais aux discussions entre les partenaires. (...) Ainsi, d'une contraception "traditionnelle de couple", on est passé à une contraception médicale et féminine* ». (LE GUEN et all., 2017, p.3). La responsabilité présentée comme exclusivement

féminine est donc « *une construction sociale récente* » (VENTOLA, 2016, p. 102) et « *percevoir les hommes comme irresponsables relève d'une construction historique et culturelle* » (DESJEUX, 2009, p. 50).

Si elle a évolué dans le temps, cette situation varie également géographiquement. Nous avons déjà pu voir que le paysage contraceptif était très différent en France et en Angleterre. L'Angleterre compte cinquante fois plus de vasectomies que la France, pays où l'on retrouve également seize fois plus de ligatures tubulaires que de vasectomies (LES COUILLES SUR LA TABLE, 2018). En Belgique, en 2017, quatre fois plus de vasectomies⁴² que de ligatures ont été réalisées en Flandre, leurs nombres étant équivalents en Wallonie. « *La majorité [des vasectomies], c'est en Flandre*, appuie Daniel Murillo. *Encore une fois, c'est très latin. La vasectomie aux États-Unis, en Grande-Bretagne, c'est quelque chose de courant. "Ok, on y va, on le fait !". Nous, on met un petit peu notre virilité dans nos testicules. C'est une perception très différente. Certains Anglo-Saxons se font vasectomiser et congèlent du sperme pour être tranquilles. S'ils veulent procréer, on procède à des inséminations. Ils peuvent avoir une vie sexuelle épanouie sans risque d'une grossesse non désirée par eux* ».

La stérilisation est la méthode de contraception la plus utilisée dans le monde et le plus souvent pratiquée sur les femmes (LE GUEN et al., 2017), malgré les risques opératoires plus importants. Ainsi, au Mexique en 2015, 54% des femmes avaient recours à la stérilisation (elles-mêmes ou leur partenaire), 43% aux États-Unis en 2006, 32% au Brésil en 2013, 39% en Chine en 2006. En deuxième position, nous trouvons les méthodes de long cours comme le DIU (48% des Chinoises, 46% des Palestiniennes) ou l'implant (45% des Burkinabaises), tandis que la pilule occupe la troisième position (75% des Algériennes, 29% des Irakiennes, seulement 1% des Chinoises et 4% des Mexicaines). Notons le cas particulier de l'Espagne où 53% des moyens de contraception utilisés sont dits masculins (vasectomie, préservatif externe et retrait), contre 15% en France et 37% aux États-Unis.

Pour la démographe spécialisée en santé publique Mireille Le Guen et ses collègues, « *ces différences d'usages entre pays ne peuvent s'expliquer que par l'analyse des contextes historiques et sociaux qui ont accompagné le développement du recours à la contraception* » (LE GUEN et al., 2017, p.2). Prenons l'exemple de l'Inde et de la Chine qui ont été les premiers promoteurs de la contraception masculine (OUDSHOORN, 1999).

⁴² Source : INAMI. Voir annexes n°2 et n°4.

Les deux pays ont ainsi mis sur pied des programmes officiels de contrôle des naissances dès les années 1960, de façon parfois très autoritaire, afin de faire face à une forte croissance de la population. Le premier ministre chinois a ordonné le développement de nouveaux contraceptifs masculins et l'Inde a ouvert le premier centre de planning familial au monde financé par l'Etat. *« C'est donc d'abord en Orient que les hommes ont été considérés comme des cibles des techniques permettant le contrôle des naissances : ils constituaient un instrument nécessaire à la réduction de la croissance démographique »* (OUDSHOORN, 1999, p. 143). En Occident industrialisée, les promoteurs de la contraception testiculaire ont été plus hétérogènes. Aux États-Unis, dès les années 1970, ce sont les féministes qui, les premières, ont demandé qu'une recherche soit menée également en matière de contraception masculine afin de partager les risques relatifs à la santé.

2.3.2. La contraception dictée par les rapports de genre

Voilà qui met donc à mal l'argument naturalisant de la responsabilité contraceptive féminine, pourtant bien ancré. *« L'usage de la contraception est une pratique sociale, assure Cécile Ventola, influencée par les rapports sociaux, notamment de sexe, dans lesquels les individus se situent et par leur socialisation en matière de sexualité et de contraception »* (VENTOLA, 2016, p. 103). Le sociologue Cyril Desjeux abonde dans le même sens : *« Le problème de fond serait une fécondité d'abord pensée dans un registre féminin et difficilement envisagée comme masculine ou comme masculine et féminine, c'est-à-dire "conjugale" »* (DESJEUX, 2008, p. 1). Pour de nombreux·ses chercheur·e·s, ce déséquilibre contraceptif trouve son origine dans les représentations des rapports sociaux de genre, c'est-à-dire les rôles spécifiques attribués aux femmes et aux hommes, des constructions sociales qui dessinent la masculinité et la féminité, variables dans le temps et l'espace. Simone de Beauvoir l'a résumé en une célèbre phrase : *« On ne naît pas femmes, on le devient »* (DE BEAUVOIR, 1949, p. 13).

2.3.2.1. Une division sexuelle du travail omniprésente

La division sexuelle du travail fait partie intégrante de ces rapports de force et en est un enjeu essentiel, dénoncé par les féministes. Basée sur une logique hétérosexuelle normative, elle les soutient, les renforce et induit des relations de pouvoir des hommes sur les femmes. Cette division, légitimée par l'idéologie naturaliste qui prône la complémentarité, a pour caractéristique *« l'assignation prioritaire des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive »* et est organisée en deux principes : *« le principe de séparation (il y a*

des travaux d'hommes et des travaux de femmes) et le principe hiérarchique (un travail d'homme "vaut" plus qu'un travail de femme) » (KERGOAT, 2000, p. 35).

D'autre part, la sexualité n'échappe pas à la domination masculine et représente un fait social imbriqué dans ces relations sociales et de pouvoir (TABET, 2004). Il existe un lien direct entre sexualité, l'un des services fournis par les femmes dans la sphère privée, et division sexuelle du travail.

Nous pouvons en déduire que la contraception s'inscrit pleinement dans ce contexte : attachée à la sphère reproductive et à la sexualité, elle est également ancrée dans les rapports sociaux de genre et a été naturellement liée aux femmes depuis sa médicalisation. L'anthropologue Françoise Héritier envisageait toutefois la contraception médicale comme un « *levier permettant aux femmes de soulever le poids de la domination masculine* » (HÉRITIER, 2002, p. 239) et de mener à « *un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin* » (HÉRITIER, 2002, p. 241). Certaines chercheuses tempèrent cet optimisme, point de vue qui sera développé ultérieurement.

La division sexuelle du travail imposant un principe de séparation et de hiérarchie, il est plus facile de comprendre pourquoi il s'agit pour les hommes, en matière de contraception aussi, de se différencier à tout prix des femmes, comme l'expliquent la sociologue Marine Picarat et le Docteur Roger Mieusset. « *La construction d'une identité sociale masculine hétérosexuelle et normative se réalise si l'individu s'identifie à la classe des hommes, à savoir s'il accepte comme siens les valeurs et intérêts propres à cette classe. Ainsi, l'identité sexuelle masculine n'est pleinement réalisée que lorsque la non-identification à tout ce qui est perçu comme non-masculin ou féminin est intériorisée. C'est pourquoi les hommes ne doivent pas s'identifier aux femmes. Or, la contraception d'un point de vue masculin a cet atout qu'elle permet de faire valoir une pratique dont les représentations s'avèrent être plus proches du groupe social des femmes que du groupe social des hommes. L'indifférence des hommes à se renseigner sur la contraception et à prendre la moindre responsabilité à cet égard est un constat récurrent qui s'inscrit dans la culture, véhiculée par la socialisation masculine et qui n'est pas remise en question* » (PICARAT et MIEUSSET, 2014, p. 58). Pour reprendre les termes de la sociologue Raewyn Connell, le concept de « masculinité » est « *fondamentalement relationnel* » et « *n'existe que par contraste avec la "féminité"* »⁴³ (CONNELL, 2014, p. 60).

⁴³ Voir aussi le concept majeur de « valence différentielle des sexes » sur laquelle reposent nos sociétés (HÉRITIER, 1996).

2.3.2.2. Une socialisation sexuelle genrée

La division sexuelle du travail est partie prenante de la socialisation genrée⁴⁴ de notre société. La famille, l'école, les pairs, les médias... autant d'agents de socialisation qui peuvent influencer les individus dans leur adoption des rôles de genre. Selon les termes du sociologue Léo Thiers-Vidal, la socialisation masculine est constituée de « *différentes façons d'apprendre, souvent avec plaisir et jouissance, à se construire une subjectivité, une corporalité, une sexualité qui permettent à la fois de se servir des femmes et à n'en éprouver ni gêne ni remords* » (THIERS-VIDAL, 2002, p. 82).

Comme déjà évoqué, Paola Tabet a montré que la socialisation en matière de sexualité était différente pour les femmes et pour les hommes mais aussi que sexualité masculine et féminine n'avaient pas la même valeur (TABET, 2004). Brenda Spencer l'illustre aussi en pointant la sexualisation du contrôle des naissances pour les hommes et la déssexualisation du contrôle des naissances pour les femmes, lors de recherches menées dans les années 1980. « *Une enquête de l'OMS destinée à évaluer un contraceptif hormonal pour hommes s'est servie d'un document ne comprenant pas moins de trente questions quant aux effets du contraceptif sur la sexualité. Un travail similaire sur une méthode de contraception pour femmes incluait une seule question ayant trait à la sexualité* » (SPENCER, 1999, p. 30). La sexualité masculine est perçue comme fondamentale et prime sur la sexualité féminine.

Dans ses analyses sur la prévention en matière de contrôle des naissances et de lutte contre le SIDA, Brenda Spencer déduit que « *les femmes sont présentées comme étant responsables de la protection alors que leur désir sexuel est rarement évoqué, les hommes hétérosexuels étant comme toujours "absents" ou désespérément irresponsables. Ces présupposés sont vieux de plusieurs siècles et il est important de voir comment, sans avoir jamais été explicités, ils déterminent le discours sur la prévention et influencent les décisions politiques dans ce domaine* » (SPENCER, 1999, p. 32). Par ailleurs, dans ses recherches, Cécile Thomé note également « *ce poids du genre dans la perception du risque* » (THOMÉ, 2016, p. 82), les femmes prenant davantage l'initiative de faire un test de dépistage des IST avant l'abandon du préservatif. Dans le cadre de la prise en charge majoritaire du préservatif par les femmes, elle remarque une « *assignation des femmes à la sphère sanitaire et, corollairement, une déresponsabilisation masculine* » (THOMÉ, 2016, p. 89). Raewyn Connell met en garde :

⁴⁴ « *La socialisation de genre est tout ce qui contribue à faire que l'on apprend à se comporter, à sentir et à penser selon les formes socialement associées à son sexe, mais aussi à "voir" le monde au prisme de la différence des sexes* » (DETREZ, 2015, p.42).

« Attention : le rôle sexué masculin peut être dangereux pour la santé » (CONNELL, 2014, p. 38).

2.3.2.3. L'influence des acteurs et actrices du débat

Si les agents de socialisation les modèlent, Brenda Spencer montre que les représentations des rôles de genre des diverses parties qui participent au débat expliquent aussi cette situation inégalitaire. Elle remarque que déconstruire les représentations « *rend plus explicites les besoins, motivations, attitudes et comportements attribués aux femmes et aux hommes par les décideurs, les chercheurs, les professionnels de la santé et les activistes du domaine. On y voit également dans quelle mesure ces positions se fondent sur une lecture naturaliste ou sur une lecture constructiviste des rapports de genre* » (SPENCER, 2012, p. 206).

Les travaux de Nelly Oudshoorn en sont ainsi une illustration efficace. Elle démontre que les scientifiques, journalistes et féministes jouent un rôle important dans la construction de représentations de la masculinité et des utilisateurs masculins, soit pour promouvoir la contraception masculine, soit pour la décrédibiliser (OUDSHOORN, 1999).

Ainsi, le mouvement féministe, divisé sur la question (ce qui sera développé plus tard), présente deux images opposées. Les féministes favorables à un partage de la responsabilité contraceptive mettront en avant l'image d'un homme responsable, contrant le stéréotype. « *Soyez responsable de votre propre sperme !* », faisait partie des slogans brandis par les féministes néerlandaises qui militaient pour le droit à l'avortement dans les années 1970. Les *anti-users* dépeignaient quant à elles une tout autre image des utilisateurs masculins : « *l'usager mâle ne peut inspirer confiance. Ces féministes suivent et reproduisent les stéréotypes culturels dominants de la masculinité : les hommes ne sont pas fiables parce qu'ils ne s'intéressent pas au contrôle des naissances* » (OUDSHOORN, 1999, p. 149).

Selon Nelly Oudshoorn, le discours scientifique ne reprendrait que le discours de l'homme responsable, afin de contrecarrer les critiques féministes liées à l'absence ou la lenteur des développements technologiques. Certains scientifiques justifient alors cette situation par des explications biologiques, balayées par d'autres, comme nous l'avons vu précédemment. La chercheuse note toutefois l'insistance de certains « *à remercier ceux qui se soumettent volontairement aux expérimentations et à faire l'éloge de leur endurance comme si la motivation des hommes à contrôler leur fertilité ne pouvait être que faible* » (OUDSHOORN, 1999, p. 155). Elle souligne également la volonté des promoteurs de la nouvelle contraception

de construire un « *nouvel homme* » doté d'« *un nouveau rôle dans le planning familial mais aussi dans la famille et la société* » (OUDSHOORN, 1999, p. 158). Une vision de l'utilisateur qui évoluera ensuite vers celle du couple stable. Pour la sociologue, ces scientifiques ont ainsi « *agi en artisans du changement* » (OUDSHOORN, 1999, p. 164) et elle y voit un signe prometteur.

Du côté du discours journalistique, les représentations sont davantage stéréotypées, selon Nelly Oudshoorn qui, en ayant analysé la presse néerlandaise à la fin des années 1990, en parle comme d'une « *défense des masculinités hégémoniques* » : « *les médias n'ont pas su, comme les chercheurs, réécrire le scénario des rapports de sexe dans le domaine de la contraception* » (OUDSHOORN, 1999, p. 159). Elle en veut pour preuve l'insistance de la presse sur la méfiance des femmes envers les hommes, l'image d'une technique douloureuse⁴⁵ et d'hommes douillets, d'un système reproductif masculin plus complexe. « *Ainsi, les journalistes reproduisent et renforcent les stéréotypes culturels dominants de la masculinité. (...) Le discours journalistique confirme donc et légitime le scénario dominant qui délègue aux femmes les responsabilités et les risques de la contraception. Même si, pour être tout à fait complet, il convient de mentionner qu'à la marge, l'on retrouve des tentatives de réécriture de ce scénario du genre. (...) Dans [ces] cas, de façon explicite, les journalistes mettent en jeu de nouvelles identités masculines* » (OUDSHOORN, 1999, p. 162). Il conviendrait évidemment de réactualiser une telle étude sur la presse afin d'y analyser les évolutions possibles, près de vingt ans plus tard. A noter que Cyril Desjeux (DESJEUX, 2012) et Aurélien Le Gal (LE GAL, 2018), de *Thomas Bouloù*, ont également rapporté la tendance de certains médias dans les années 1980, pour le premier, et actuelle, pour le second, à ridiculiser les utilisateurs et/ou les médecins.

Par son étude, Nelly Oudshoorn montre donc que les représentations des rôles de genre sont bel et bien mouvantes et façonnent, ou limitent, les possibles. Et que ces constructions sociales doivent dès lors évoluer pour espérer un partage de la responsabilité contraceptive. « *Les techniques contraceptives s'inscrivent dans un scénario très clair : ce sont les femmes et non les hommes qui sont responsables du contrôle des naissances et doivent assumer les risques. Le développement d'une contraception masculine suppose donc une transformation culturelle de ce scénario dominant* » (OUDSHOORN, 1999, p. 140).

⁴⁵ Les articles étudiés concernaient une contraception masculine hormonale par injection.

2.3.2.4. La masculinité hégémonique

Il s'agit donc de dépasser les rôles de genre traditionnels, de questionner les compétences genrées, de créer de nouveaux modèles d'hommes soucieux et responsables de leur fertilité. Selon Nelly Oudshoorn, « (...) *la contraception masculine entraîne une renégociation des modèles de la masculinité, en particulier autour des questions relatives au partage des risques et des responsabilités* » (OUDSHOORN, 2010, p. 40). Et c'est la masculinité hégémonique, qui exclut la contraception testiculaire, qu'il faut déstabiliser pour changer les mentalités et créer de nouvelles possibilités culturelles. « *Concernant les obstacles culturels, il y a en particulier l'idée selon laquelle l'innovation technologique suppose, pour reprendre les termes de Judith Butler dans ses travaux sur le caractère performatif du genre, une déstabilisation des rôles et des conventions dans la performance des identités de genre. La question de la responsabilité masculine en matière de contraception est ainsi hors-jeu dans une représentation hégémonique de la masculinité. Les scientifiques qui essaient de promouvoir des recherches dans ce domaine sont constamment dans une logique de justification, afin de rendre visible culturellement cette possibilité. Il s'agit donc de repenser l'innovation technologique en appréhendant le travail scientifique non seulement comme un travail technique mais également culturel* » (OUDSHOORN, 2010, p. 36).

Nelly Oudshoorn propose de s'attaquer à la masculinité hégémonique, un concept théorisé par Raewyn Connell et devenu une référence dans les études sur les masculinités.

Pour la sociologue, si la masculinité n'est pas universelle, mais située historiquement et géographiquement, elle n'est pas homogène non plus : il existe des masculinités, produits de l'intersection des rapports sociaux de genre, classe et race. Raewyn Connell en distingue quatre types : subordonnée, marginalisée, complice et hégémonique, cette dernière représentant « *une forme de masculinité qui est culturellement glorifiée au détriment d'autres formes* » et « *ce qui garantit (ou ce qui est censé garantir) la position dominante des hommes et la subordination des femmes* » (CONNELL, 2014, p. 74). Elle est caractérisée notamment par l'hétérosexualité, la blancheur, l'autorité, la force physique et de caractère, le courage, l'indépendance... Tous les hommes ne correspondent pas à ces standards normatifs, loin de là. Mais la majorité tire avantages de la subordination des femmes, ce qui permet de faire perdurer l'hégémonie et l'oppression sexiste : c'est la masculinité complice.

La masculinité hégémonique peut aussi être remise en question par de nouveaux groupes qui construiront alors une nouvelle hégémonie. C'est ainsi que l'on voit les figures viriles varier et

se transformer. *« La "masculinité hégémonique" n'est pas un type de personnalité figé et invariant, mais la masculinité qui est en position hégémonique dans une structure donnée de rapports de genre, une position toujours sujette à contestation »* (CONNELL, 2014, p. 73).

Illustrons cette masculinité hégémonique par les propos de Nelly Oudshoorn qui s'appuie sur des tests en matière de contraception masculine menés dans les années 1990 dans neuf pays, notamment aux États-Unis, en Australie et en Asie, durant deux ans (OUDSHOORN, 2010). Les participants justifiaient leur participation de trois façons : le partage de la responsabilité, la répartition équitable des risques et le souci de se distinguer des autres hommes. *« Ces trois registres, note la sociologue, s'appuient sur une vision non hégémonique de la masculinité. Mais les arguments pour expliquer la participation aux tests peuvent aussi s'appuyer sur une vision hégémonique de la masculinité. Une publicité diffusée à Edimbourg, en Ecosse, propose par exemple aux hommes de faire partie des "pionniers héroïques", c'est-à-dire d'être l'équivalent du premier homme sur la lune. Même si les auteurs de cette publicité étaient conscients de l'humour de cette représentation, l'enquête a montré qu'ils étaient beaucoup moins conscients du type de masculinité qui était ainsi mis en avant. (...) Cette insistance sur le courage s'explique par le fait qu'il s'agit de renégocier des modèles de masculinité, il faut construire les nouveaux modèles à partir de modèles déjà existants, qui relèvent pour une part de la masculinité hégémonique »* (OUDSHOORN, 2010, p.39).

2.3.2.5. Menace sur la virilité

Se contracepter ne fait donc pas partie des critères valorisés par la masculinité hégémonique actuelle, ni se soucier de la contraception. Tout comme les rapports sexuels non pénétratifs qui sont eux aussi un moyen efficace et jouissif de ne pas faire d'enfant.

L'une des résistances principales à la contraception masculine se trouverait dans la symbolique du lieu-même de son action: le corps, inévitable dans la construction de la masculinité selon Raewyn Connell. *« On pense presque systématiquement la "véritable" masculinité comme émanant du corps des hommes – comme inhérente au corps masculin ou exprimant quelque chose du corps masculin »* (CONNELL, 2014, p. 29). Pour la sociologue, les corps ne sont pas neutres et *« il faut prendre en compte leur matérialité. Ils vont faire certaines choses et pas d'autres. Les corps sont substantiellement en jeu dans des pratiques sociales telles que le sport, le travail ou le sexe »* (CONNELL, 2014, p. 48). Elle réfute la seule détermination tant biologique que sociale du genre, tout autant qu'un compromis. Elle propose une autre piste,

celle de l'interdépendance : la masculinité se constitue par la performance corporelle réalisée et symbolisée elle-même par les rapports sociaux. Les corps ont la capacité d'agir et c'est pourquoi une transformation est possible. *« (...) le corps est incontournable dans la construction de la masculinité ; mais ce qui est incontournable n'est pas pour autant figé. Le processus corporel, en intégrant des processus sociaux, entre dans l'histoire (à la fois personnelle et collective) et devient un objet politique potentiel »* (CONNELL, 2014, p. 45).

Et quand on parle corps masculin et contraception, on se rend compte que l'on touche à l'intouchable : le phallus, symbole suprême de virilité.

Daniel Murillo pointe ce facteur pour expliquer le refus de la vasectomie. *« Il faut démystifier le concept. Parce qu'on se fait vasectomiser, on devient un eunuque et on se fait châtrer. Le grand fantasme des hommes, c'est qu'on est châtré comme un chat. Un fantasme très présent en Belgique. En France, n'en parlons pas. Plus on va dans le sud, plus c'est inimaginable. En Afrique, c'est la fin de tout. Je n'ai aucun patient d'origine africaine vasectomisé. Tout est encore un concept par rapport à la masculinité, la virilité »* (MURILLO, 2018).

Des réticences, constatées par certains chercheurs, qui impactent également la contraception masculine dès son développement. *« D'une part, médecins et biologistes ne pouvaient se défaire d'une certaine réticence à porter atteinte à l'intégrité de la sphère génitale de l'homme, la capacité reproductrice de ce dernier étant, culturellement, étroitement liée à la notion de virilité. D'autre part – et finalement pour les même raisons – il était difficile de trouver des volontaires en nombre suffisants pour expérimenter ces méthodes »* (GUÉRIN et ROLLET, 2013, p. 35). Un homme viril est donc censé être également fécond. *« La notion de virilité réfère aussi bien à un statut social que l'homme doit défendre face à ses pairs, ses partenaires ou au sein de sa famille, qu'au statut biologique qui s'affirme à travers le pouvoir fécondant et le rôle de géniteur »* (KALAMPALAKIS et BUSCHINI, 2007, p. 8).

Françoise Héritier note également *« l'association établie dans les esprits entre stérilité masculine et impuissance »* (HÉRITIER, 2002, p. 381), relevée par d'autres spécialistes. De nombreux hommes craindraient ainsi une perte d'érection ou de libido. *« Il y a une inquiétude sur les conséquences de la contraception non seulement sur les spermatozoïdes, mais également sur d'autres signes de la masculinité, même si des solutions ont été trouvées. (...) Ce qui revient constamment en priorité dans les discussions sur la contraception masculine, c'est le fait que cela n'affecte pas la libido »* (OUDSHOORN, 2010, p. 41). Certains s'y opposeraient devant le risque de devenir un sous-homme. *« L'homme, culturellement, doit s'assumer et sa virilité*

doit s'exprimer à travers une sexualité sans frein. Il doit y avoir aussi, c'est mon interprétation, un frein psychologique au sein de la gente masculine : "Je vais prendre une contraception donc, ma virilité va en prendre un coup. Peut-être que je vais avoir une vie sexuelle moins épanouie et que je vais être un homme de seconde classe" » (MURILLO, 2018).

Pour Nikos Kalampalakis et Fabrice Buschini, psychologues sociaux, qui ont mené des entretiens sur la perception de la contraception masculine auprès d'un panel de citoyen·n·es en France, ces craintes fantasmatiques seraient liées à l'action imaginée, car trop méconnue, des hormones sur le corps des hommes. La perte de la virilité, discours que l'on retrouve aussi bien chez les hommes que les femmes, « *prend une place capitale dans la mesure où elle interroge doublement le statut de l'homme : d'une part, en tant que modification biologique due, la plupart des fois, à un effet hormonal ; de l'autre, comme menace symbolique pour l'identité masculine et le statut social de l'homme au sein du couple, de la famille et de la société* » (KALAMPALAKIS et BUSCHINI, 2007, p. 6). Les chercheurs relèvent également la crainte d'une féminisation de l'homme et de son infériorisation. Ils soulignent aussi que le peu d'informations médicales et médiatiques sur le sujet tend à imaginer une nouvelle contraception masculine uniquement hormonale, calquée sur les contraceptifs féminins connus et aux effets secondaires similaires (prise de poids, céphalées, troubles de l'humeur, de la libido...).

Daniel Murillo balaye quant à lui les risques objectifs de perte d'érection ou de libido après une vasectomie. « *Aucun n'est revenu en disant que ça n'allait pas. Au niveau de l'éjaculation, la proportion provenant des testicules est comprise entre 3 à 5% du volume, c'est insignifiant. Votre sexualité dépend de la façon dont vous imaginez la vasectomie. Si vous pensez qu'elle va vous réduire, vous risquez de connaître des problèmes psychologiques dans votre sexualité car vous vous considérerez comme n'étant pas le même homme. Mais c'est uniquement psychologique. Physiologiquement, à part l'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat, c'est la même chose. Je les mets en garde : "Si vous vous sentez forcé à le faire, par votre femme, votre famille, alors que vous n'en êtes pas convaincu, ça risque de poser des problèmes dans votre sexualité, dans votre perception de la masculinité"* » (MURILLO, 2018). L'andrologue insiste sur l'épanouissement sexuel vécu par ses patients : « *Beaucoup d'hommes convaincus et bien informés de ce qu'est la vasectomie, me disent vivre une certaine libération dans leur vie sexuelle. Ils ne voulaient plus de grossesse, étaient vraiment certains que leur famille était complète mais ils connaissaient toujours l'anxiété d'un échec de contraception chez leur épouse, ce qui les inhibait un petit peu. Ils ont retrouvé une vie sexuelle tout à fait épanouie sans vivre l'anxiété d'une grossesse non désirée* ».

2.3.2.6. Une sensibilisation par les femmes

Comme nous l'avons vu, les rôles de genre se construisent ensemble et en relation. Les recherches de Cyril Desjeux montrent ainsi le rôle que les femmes peuvent jouer dans la sensibilisation des hommes à la contraception (DESJEUX, 2009). Certaines peuvent endosser un rôle d'éducatrice (les mères), d'initiatrice avant ou au début de l'activité sexuelle (les amies ou sœurs), ou de prescriptrice (les partenaires qui préconiseront certaines pratiques). Selon le sociologue, ces rôles permettraient aux hommes de développer une plus grande connaissance, compréhension et attention, et les pousser à s'impliquer davantage (discussion, rappel, financement ou achat, accompagnement aux visites gynécologiques...), mais moins dans les relations de courte durée. *« Cette implication est donc conditionnée par la vision que les hommes ont de la relation conjugale, de l'égalité femme/homme, de la masculinité, de leur expérience passée en matière de contraception et d'avortement, de la qualité de la relation et de la communication conjugale. Cependant, il ne faudrait pas pour autant conclure que les hommes sont tous engagés dans la maîtrise de la fécondité »* (DESJEUX, 2009, p. 61). Cyril Desjeux y voit une possibilité de dépasser les rôles traditionnels : *« Ce panel de pratiques et de perceptions masculines de contraception laisse entrevoir un "genre en transformation" : ces pratiques peuvent potentiellement modifier les normes et proposer de nouveaux scénarios d'usage »* (DESJEUX, 2009, p. 61). *« Les hommes s'acculturent au contact des femmes »*, notait également Delphine Rahib, chargée d'étude à l'unité santé sexuelle de Santé Publique France, lors d'un exposé sur les connaissances et perceptions de la contraception chez les hommes (RAHIB, 2017).

Ces interactions femmes-hommes autour de la contraception montrent *« que les hommes sont "soumis au dilemme de l'aspiration aux changements et à l'inertie du confort de la situation de dominant". Dans ce contexte, changer pour une contraception qui implique davantage les hommes est étroitement dépendant des relations de pouvoir qui structurent le couple »* (DESJEUX, 2008, p.72). En effet, si les hommes sont davantage informés, ce n'est pas encore pour ça qu'ils s'approprient la question et passent à l'acte.

Après ce processus répété de sensibilisation, Cyril Desjeux remarque une deuxième phase, celle d'opposition, nécessaire à l'appropriation de la contraception (DESJEUX, 2012). Elle se traduit par un sentiment soit de culpabilité, soit de méfiance vis-à-vis des femmes et dépend de l'état de la relation (communication ou absence de parole, confiance ou méfiance...). Durant cette phase, les hommes se positionnent soit contre le modèle d'une « irresponsabilité masculine » (culpabilité), en raisonnant par rapport à leur relation, soit contre le modèle de la

« responsabilité féminine » (méfiance), en raisonnant par rapport à eux-mêmes, sans se soucier de leur partenaire. *« Lorsque les pratiques contraceptives des hommes sont issues d'un sentiment de méfiance, on ne peut plus parler véritablement d'un processus de sensibilisation dans la mesure où il y a un manque de communication ou qu'elle est conflictuelle. Dans ce cas, la contraception est autonomisée du couple et sera pensée comme une responsabilité individuelle »* (DESJEUX, 2012, p. 187) Il ne s'agira pas non plus de remettre en question le modèle de la masculinité hégémonique. Cela rejoint l'analyse de l'anthropologue Mélanie Gourarier, qui a étudié les mouvements masculinistes. *« Ils sont complètement responsables de leur contraception et se sentent concernés. Il y a énormément de forums qui sont dédiés à ces questions »* (GOURARIER, 2018). Mais leur objectif est bien davantage d'éviter « un enfant dans le dos » et nullement l'égalité au sein du couple.

Après cette phase d'opposition, s'en suit une troisième, celle d'adaptation : les hommes *« adaptent leur comportement dans un souci de soi. Dit autrement, ils réinterprètent le rapport à l'autre par rapport à eux-mêmes. Pour les hommes qui ont utilisé une méthode hormonale dans les années 1980 (ARDECOM), cette réinterprétation se traduit par « "un désir de partager les responsabilités et les charges dans le domaine [de la contraception]" »* (DESJEUX, 2012, p. 187). Les hommes qui auront pris la décision de s'impliquer dans la contraception du couple, jouiront également d'un sentiment d'autonomie plus fort.

Toutefois, Cyril Desjeux souligne que tous les hommes ne vivent pas ces processus qui influencent la manière dont ils vont appréhender la contraception. Il dégage ainsi quatre modèles d'hommes en fonction de leur degré de sensibilisation et d'appropriation⁴⁶ :

- l'homme « versatile » : le rapport à la contraception dépend de la relation et de la partenaire ;
- l'homme « relationnel » : moins fluctuant, il souhaite partager les responsabilités mais reste dans une logique de soutien, laissant aux femmes le choix de la contraception et de son degré d'implication ;
- l'homme « individuel » : méfiant, il veut maîtriser sa fécondité et s'inscrit dans une logique de contrôle de la contraception ;
- l'homme « à distance » : par exemple, l'homme qui refuse de mettre un préservatif ou dont la partenaire refuse qu'il participe à la contraception.

⁴⁶ Voir annexe n°6.

3. Des hommes en action

Si les femmes sont descendues dans la rue pour défendre collectivement leur droit à disposer de leur corps grâce à la contraception, les hommes ne les ont pas imitées. Pas de mouvement d'ampleur, pas de lutte acharnée pour faire valoir ce qui fait partie pourtant de leurs droits sexuels et reproductifs. Mais, en France, une poignée a bousculé, et bouscule encore, les codes pour se soucier de sa propre fertilité : ARDECOM et *Thomas Bouloù*. Non par motivation masculiniste mais par réelle conviction que la responsabilité doit être assumée à deux. Les liens entre les deux sont étroits : certains membres de *Thomas Bouloù* sont affiliés à ARDECOM et ils collaborent régulièrement en participant ensemble à des événements de promotion de la contraception testiculaire. Je me concentrerai sur *Thomas Bouloù*, groupe breton rencontré à Paris et à Bruxelles.

3.1. ARDECOM, les précurseurs

Fin des années 1970, des groupes de parole d'hommes se sont constitués dans différentes régions en France, avec pour objectif d'échanger leur vécu intime et leurs expériences personnelles autour de thèmes généralement peu ou pas abordés entre eux : paternité, sexualité, rapport au corps, désir ou non-désir d'enfant, relations amoureuses... (VADE RETRO SPERMATO, 2011 ; APTEKIER et COLIN, 2017)⁴⁷. Proches des mouvements féministes et souvent issus de l'extrême gauche, ces hommes souhaitent questionner les rôles qui leur avaient été imposés dans notre société patriarcale, déconstruire le masculin.

La contraception était l'un de leurs thèmes majeurs. Le préservatif et le retrait étaient leurs seules possibilités d'action et la vasectomie était encore interdite en France. Un groupe de parole parisien a souhaité réfléchir à de nouveaux développements contraceptifs afin d'assumer leur non-désir d'enfant, temporaire ou définitif. Ils ont alors contacté le Docteur Jean-Claude Soufir et lancé les premiers tests de contraception hormonale à base de produits accessibles en pharmacie. Un groupe toulousain, souhaitant développer des contraceptifs non-hormonaux, a quant à lui élaboré la méthode thermique avec le Docteur Roger Mieusset. Il s'agissait d'une véritable coopération entre médecins et volontaires. ARDECOM a été créée fin 1979 avec la volonté de partager leur démarche auprès d'un public plus large. Durant dix ans, l'association réunira 200 adhérent·e·s, tandis qu'une centaine d'hommes utiliseront la contraception

⁴⁷ Source également utilisée : <http://www.contraceptionmasculine.fr>

hormonale ou thermique. Avec des applications différentes : lors de relations ponctuelles, en alternance avec celle de leur partenaire, simultanément pour être responsable chacun·e de sa fertilité au sein du couple ou dans le cas d'une relation libre.

Certains groupes de parole ont continué à exister mais les années Sida ont mis fin à leurs expérimentations. Le préservatif était devenu prioritaire. L'association a été relancée en 2013 après la polémique autour des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Elle compte aujourd'hui une quinzaine de militants, dont certains de la première heure, et collabore avec treize centres de planning familial.

A noter que, selon le collectif français mixte *Stop Masculinisme*, les groupes de parole d'ARDECOM des années 1980 ont pu donner lieu à des dérives masculinistes dans le chef de certains membres⁴⁸. « *Mais même parmi les militants en contact avec les mouvements féministes, des écueils de la non-mixité masculine n'ont pas pu être évités. Symétrisation des souffrances des hommes et des femmes, relativisation de la domination et des violences masculines, victimisation des hommes et retournement des analyses féministes pour servir l'intérêt des hommes, etc.* » (STOP MASCULINISME, 2015, p. 143). Nous verrons que *Thomas Bouloù* est attentif à ce genre de risque. Interrogé, durant le colloque à Paris, sur la présence de masculinistes, Daniel Aptekier, membre d'ARDECOM, nous avait répondu « *les masculinistes, on ne les voit pas dans nos rendez-vous* » (APTEKIER et COLIN, 2017).

3.2. *Thomas Bouloù*

La naissance du groupe *Thomas Bouloù*, actif dans le Finistère, est plus récente. Elle fait suite à un atelier consacré à la sexualité masculine, organisé dans le cadre d'un festival féministe à Quimper en 2015. Certains participants ont souhaité prolonger ce rendez-vous auquel ARDECOM était invité. Cinq membres, aux investissements différents, composent actuellement le groupe : Baptiste, Benjamin, Aurélien, Marc et Christian, qui ont entre 30 et 62 ans. « *On s'est réuni une fois par mois avec l'idée de se poser des questions sur nous et aussi d'intervenir sur l'espace public*, explique Christian Balaud, 62 ans, en couple, jeune retraité (ancien comptable-conseiller d'agriculteur) et principal couturier du groupe. *Pour deux raisons. Il peut se passer des dérives dans les groupes non mixtes garçons et c'était une manière de*

⁴⁸ Daniel Welzer-Lang, sociologue spécialiste des études sur les hommes et le masculin, a fait partie d'ARDECOM dans les années 1980 et présente aujourd'hui des positions masculinistes (STOP MASCULINISME, 2015). Il a par ailleurs participé à la rédaction de l'ouvrage « *La contraception masculine* » (MIEUSSET et SOUFIR, 2013) pour retracer l'histoire politique d'ARDECOM.

rendre public ce que l'on fait, d'être critiqué, d'avoir un retour et d'avancer. Et on avait envie d'avoir un impact sur les autres garçons, sur le monde, essayer de faire avancer le truc » (BALAUD, 2018).

Depuis son démarrage, le groupe a organisé, en Bretagne, dans le Nord et l'Est de la France, deux *Contracep'tours* qui consistaient en un atelier de fabrication de slips chauffants et un moment d'information, de discussion et d'échange autour de la contraception testiculaire plus largement. Suite à une invitation, le dernier a fait étape en Belgique en novembre 2017, à Bruxelles dans la bibliothèque anarchiste *Acrata* et à Liège lors du festival féministe *On the Rag 4*. Lors de ces deux tournées, une trentaine de personnes participaient à chaque date. Au total, *Thomas Bouloù* a rencontré environ 600 personnes.

Les milieux féministes et de gauche forment également le terreau de *Thomas Bouloù* et aussi une grande partie de leur terrain d'action. Les *Contracep'tours* les ont menés dans des associations étudiantes, des cafés associatifs, des lieux communautaires, une ZAD (Zone à Défendre)... Toutefois, leur public peut s'avérer plus large, notamment lors de séances d'information organisées dans la campagne et au collège grâce à leur collaboration avec le Planning Familial de Concarneau.

En janvier 2018, le groupe a également débuté des permanences-ateliers⁴⁹ un samedi par mois dans un local collectif de Quimper. Il a également participé à différents événements avec des professionnel·le·s de la santé : le colloque « *Genre et contraception : quelles (r)évolutions ?* » organisé par le Laboratoire Junior *Contraception et Genre* et l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) à Paris en décembre 2017, événement auquel nous avons assisté, la rencontre nationale du Planning Familial à Paris en avril 2018 et la journée scientifique « *La contraception masculine – de la théorie à la pratique* » organisée par la SALF (Société d'Andrologie de Langue Française) en juin 2018, également dans la capitale française.

⁴⁹ Voir annexe n°7.

3.2.1. Un public à convaincre

Sur les 600 participant·e·s aux deux *Contracep'tours*, environ un tiers était des hommes. Preuve encore une fois que la thématique a du mal à intéresser la gente masculine. Certains venaient d'ailleurs « encouragés » par leur partenaire. « *Dans pas mal de cas, constate Christian, ces hommes-là sont venus parce que la femme a eu une action. A Nyor, on a rencontré deux femmes qui arrêtaient leur contraception. Elles nous ont expliqué avoir dit à leur partenaire : " Il y a une soirée. Moi, j'y vais. Toi, tu fais comme tu veux... ". Quand il y a des couples, c'est la femme qui s'adresse à nous. Une situation typique. On ne passe pas d'une non-connaissance complète, d'une non-prise en charge complète de ces questions-là à une conscience et prise en charge effective. C'est normal* » (BALAUD, 2018).

Difficile d'attirer des hommes mais également d'évaluer combien ont sauté le pas. « *On a des garçons qui nous rappellent maintenant, un an et demi après le premier Contracep'tour, explique Christian, pour demander des conseils et s'y mettre vraiment. On a constaté qu'il faut du temps entre le moment où on découvre le truc, le système, l'existence, et le moment de s'y mettre. Il faut vraiment du temps de réflexion, de l'appropriation. C'est vraiment caractéristique. Certains n'avaient jamais pensé qu'ils pouvaient faire ce genre d'action* ». Thomas Bouloù espère également la création de groupes dans d'autres villes mais aucun n'aurait encore réellement pris forme.

Lors des soirées d'information, les réactions du public sont en général positives. A Bruxelles, comme nous avons pu le constater, les échanges étaient décontractés et le public semblait convaincu. Le groupe a été confronté à des réactions sexistes, lors d'une seule soirée, émanant d'un petit groupe d'étudiants. Sur les réseaux sociaux, quelques hommes ont également réagi vivement à l'annonce d'une séance, accusant les organisatrices qui l'accueillaient dans un Planning Familial de vouloir les castrer. Mais présents à la soirée, ils se sont tus.

Auprès des professionnel·le·s de la santé, Christian perçoit une avancée et un intérêt grandissant des centres de planning familial, notamment à Paris et Grenoble. Il espère aussi, sans toujours y croire, une co-construction avec le monde médical pour accélérer le développement contraceptif et faciliter son utilisation. Autre signe positif pour lui, un représentant du Ministère de la Santé était présent à la journée de la SALF en juin 2018. Par ailleurs, il regrette que les médias soient, selon lui, toujours en décalage.

3.2.2. Une demande longtemps insatisfaite

Marc, Baptiste et Benjamin utilisent tous les trois une contraception thermique. Tout comme Christian qui a adopté le slip chauffant depuis janvier 2015, après avoir visionné *Vade retro Spermato*, un documentaire retraçant l'histoire d'ARDECOM, et pris contact avec le Docteur Roger Mieusset. Ce qui l'a motivé ? *« La prise de conscience que je restais fertile encore actuellement et qu'il fallait promouvoir ces contraceptions, donc les vivre »*. Il ajoute : *« La contraception thermique, c'est vraiment quelque chose qui me plait bien. J'ai appris à coudre avec ma mère. C'est une contraception qui est aussi très physique. Faire de la couture, s'aventurer, essayer des choses. C'est un des côtés plaisants. Alors qu'à mon âge, la plus logique, c'est la vasectomie. Mais la thermique, c'est la plus simple finalement »*.

Mais c'est depuis le milieu des années 1980 que le manque de contraception testiculaire était vécu comme un réel problème pour Christian. *« A un moment donné avec ma compagne, j'aurais eu besoin d'une contraception personnelle. On était allé voir notre médecin et on lui avait demandé. On galérait niveau contraception. Le médecin nous a dit que ça n'existait pas, que c'était toujours à l'essai. C'est ce que dit encore la plupart des médecins. On a continué à se dépatouiller. Et ça s'est terminé par un avortement et un retour à la pilule. Plein de mauvaises décisions à l'époque et je trouve qu'on n'a pas été aidé. J'aimerais bien, avec le recul que j'ai, le fait d'avoir vu que d'autres contraceptions existaient, que ça ne se passe plus comme ça pour les autres, qu'il y ait de l'information. Ensuite, chacun décide ce qu'il veut faire, prendre en charge. Mais qu'on ne leur dise pas des bêtises, qu'on les informe »*.

Le premier médecin consulté par Christian, pour lui prescrire un spermogramme, en est un bon exemple. *« Il n'a pas refusé mais la première chose qu'il m'a dite, c'est : "Mais le problème de la contraception est résolu en France. On contracepte la moitié de la population, donc, l'autre moitié n'a pas à venir nous emmerder". Il trouvait que, d'un point de vue santé publique, c'était compliquer les choses que de mettre les garçons dans l'affaire. Ensuite, on s'est rappelé et il s'est excusé d'avoir dit ça »*.

Le festival de Quimper a été le tremplin qui a permis à Christian de se lancer, lui qui n'avait jamais été vraiment militant. Conscient de notre société sexiste et sensibilisé également par sa compagne et ses deux filles, et par le mouvement féministe dans son ensemble, il avait *« envie que les garçons créent un collectif qui puisse s'opposer au collectif des hommes. Que les garçons essayent de se prendre en main sur ces questions-là, les questions personnelles concernant la façon d'être autour de la sexualité, mais pas uniquement »*.

Quant à sa compagne de longue date, Anne, elle l'a soutenu dans sa démarche depuis le début. *« Je ne pense pas, je ne sais pas si j'aurais continué sans son "accord" ou si elle avait eu des réticences. Elle a bien dû me dire un truc comme "N'en profite pas, hein", mais c'était plutôt parce que ça lui donnait une opportunité de le dire ! Une sorte de "rappel". Et ça a été pour nous une occasion de remettre le sujet de la sexualité dans nos conversations ».*

Aurélien Le Gal, 41 ans, célibataire et sociologue de formation, est quant à lui vasectomisé depuis trois ans. *« J'avais pris la décision de me faire stériliser dès 2001, à l'âge de 25 ans, quand la loi d'encadrement de la vasectomie et de la ligature des trompes est parue en France »* (LE GAL, 2018). Mais à cette époque, Aurélien a été découragé tant par le milieu médical que militant. *« Le milieu médical en me renvoyant à mon jeune âge et au fait que je ne pouvais pas être sûr et certain de ne jamais regretter plus tard un tel choix, acte définitif, et en me mentant sur l'âge minimum légal pour subir une vasectomie. Le milieu militant en ayant les mêmes jugements moraux sur ce choix, jugé trop radical et prématuré, et en refusant de m'aider à défendre ce droit. Le Planning Familial de Brest, à l'époque, m'avait renvoyé à ma condition d'homme et conseillé de trouver d'autres hommes avec qui discuter, plutôt que de faire perdre aux militantes leur temps consacré aux droits des femmes ».*

Durant toutes ces années, Aurélien s'est donc rabattu sur le préservatif, utilisé systématiquement, et a connu quelques accidents de déchirure. Faute d'alternatives, il a délégué la contraception à ses partenaires. Lui qui était certain de ne pas vouloir d'enfant. *« Je sais depuis longtemps, depuis que je pense par moi-même et fais mes propres choix, que je ne veux pas d'enfant, me sentir responsable de la mise au monde et de l'existence d'un autre être. C'est par souci de cohérence personnelle que j'ai souhaité devenir stérile. Sachant que si un "désir d'enfant" s'éveillait un jour en moi, rien ne m'empêcherait de devenir père sans avoir besoin de reproduire mes gènes ».* Il est heureux de son choix. *« Je me sens bien, c'est certain. Mais après ? Est-ce que ça a changé quelque chose à ma sexualité, mon rapport à mon corps, etc. ? Ce n'est pas très clair... Je pourrais dire qu'il n'y a aucun changement, mais en même temps le fait de ne plus être fertile change à peu près tout dans la tête ! ».*

Sensibilisé par ses histoires d'amour avec des militantes féministes et encouragé par une amie féministe, Aurélien a intégré Thomas Bouloù. *« Je me suis rendu compte que d'assumer mon choix de la vasectomie, et d'en faire facilement le récit autour de moi, soulevait tout un tas de questions, existentielles et politiques, auxquelles je n'avais pas forcément pensé, et amenait une grande variété de réactions. Hostiles, enthousiastes, amusées, etc. Vu les discussions nées*

à ce moment-là au sein de couples amis, de groupes dont je faisais partie, et même dans mes propres relations amicales, j'ai pensé qu'il y avait dans ce simple témoignage d'une pratique marginale, une opportunité de participer à ma manière, et en m'appuyant sur mon expérience personnelle, ma place d'homme dans ce monde, à la lutte contre le patriarcat ».

Aurélien était conscient du risque qu'il pouvait prendre. « Celui de m'engager sur un terrain où je ne suis pas attendu, en tant qu'homme cis⁵⁰ hétéro, et donc de m'exposer à des critiques, remises en question personnelles, etc. Faisant partie de la catégorie dominante, celle qui bénéficie de tous les privilèges offerts par le patriarcat, je risque en effet de défendre, inconsciemment, mes intérêts quand je prétends agir pour l'égalité. D'ailleurs, quelle est la part de sincérité ou d'autojustification, dans les discours que je tiens autour de ces questions de contraception testiculaire ? Et comment se traduit concrètement, dans ma vie, cet engagement ? Avant de militer sur ces questions de genre, sexualité, responsabilité masculine, etc., je ne risquais pas d'être "remis à ma place" par les féministes ni "accusé de trahison" par les hommes ».

3.2.3. Le masculin déconstruit

Pour Thomas Bouloù, le véritable objectif n'est pas la contraception testiculaire mais, plus globalement, une transformation des représentations des rôles et l'égalité de genre. « Certains à ARDECOM veulent changer le contenu de la masculinité, explique Christian. Pour nous, le terme masculin est un terme genré, de structure sociale, intégré au système de domination et il est plutôt à combattre. Ce sont des approches aussi de générations militantes et de formulations qui veulent peut-être dire au fond la même chose. C'est la base du travail de Thomas Bouloù. Ce n'est pas la contraception. C'est un excellent moyen parce que ça touche aux représentations. La sexualité, c'est un lieu où s'exprime assez largement et fortement le problème de domination mais aussi la complexité humaine » (BALAUD, 2018). La contraception est donc davantage un outil qui permet une approche et un contact différents. « Elle nous permet d'aller discuter avec d'autres, de faire des soirées, des ateliers. L'air de rien, un atelier où on fabrique quelque chose en tissu, où on fait de la couture avec des garçons, c'est porteur aussi de moments particuliers. Ce sont des supports précieux et utiles même s'ils

⁵⁰ Cisgenre : en opposition à trans*, une personne dont l'identité de genre correspondant à celle qui lui a été attribuée à la naissance.

ont des limites. C'est mieux que simplement causer autour d'une table en buvant du thé ou de la bière, ce qui n'arrange rien aux représentations ! (rires) ».

On retrouve au sein du groupe une réflexion profonde sur la masculinité hégémonique de laquelle ils s'attèlent à refuser d'être complices. Influencé par l'éducation reçue de sa mère (*« par sa haine des hommes et sa manière particulière de m'élever sur certains plans »*), Christian a été amené *« à éviter d'être un homme »*. Il côtoyait d'ailleurs les hommes le moins possible. *« Il y a le sentiment assez fort que je me sentais un peu décalé sur un certain nombre de plans. La manière de faire la cuisine, d'être assez à la maison... Les copains-copines disaient que j'étais assez féminin. Ce genre de termes qui maintenant ne me conviennent plus. Et je me suis dit que je ne devais pas être le seul et que je pouvais faire en sorte que ceux qui se sentent un peu comme moi se sentent autant dans la norme que les autres »*.

Aurélien a pris également distance avec la masculinité, privilège qu'il s'emploie à déconstruire. *« Personnellement, je ne me suis jamais senti "fier" d'être un garçon quand j'étais petit, de devenir un homme par la suite. Et je n'ai jamais été à l'aise avec les pratiques et lieux de sociabilisation masculine, comme le foot, la fête ou autre... Mais j'assume d'être ce que je suis, d'avoir été construit différemment de ma sœur, d'avoir grandi avec un certain nombre de privilèges, liés également au fait d'être blanc, d'avoir eu des parents instituteurs, etc. Sans idée claire sur ce qu'il faudrait changer en moi, comment faire pour le changer, etc., je reconnais que mon genre est sans doute le principal facteur explicatif de ce qui fait défaut en moi pour être un meilleur ami, meilleur amant, meilleur compagnon de lutte... »* (LE GAL, 2018).

L'influence des femmes semble avoir été décisive dans la prise de conscience d'Aurélien et de Christian. Mère, compagnes, filles, amies... pour la plupart conscientes des inégalités de genre et voulant les dépasser. Assumant ses responsabilités, après parfois de nombreux obstacles, Thomas Bouloù porte cette sensibilisation auprès d'autres hommes, facilite une parole qui n'est pas toujours aussi audible. *« Se contraindre pour un homme, ça peut vouloir dire ne pas être dans le groupe des hommes, explique Christian. C'est un vrai frein à leur action. Mais quand ce sont des garçons qui leur parlent de contraception, ce n'est pas pareil. Une copine du Planning familial de Rennes avait parlé de contraception thermique à son frère et il lui avait répondu : "Mais tu veux me castrer ! ". Il est venu à l'une de nos soirées et, à la fin, il avait un sentiment complètement différent. Il se passe quelque chose de l'ordre de la représentation des hommes. Ce n'est pas étonnant. Le groupe des hommes est là pour embarquer les autres hommes avec eux »* (BALAUD, 2018).

Thomas Bouloù va maintenant se concentrer sur les ateliers mensuels de Quimper et envisage de prêter des systèmes de contraception thermique. Pour Christian et Aurélien, c'est par l'information des médecins et du public, par l'éducation des enfants et des jeunes, filles et garçons, que la donne contraceptive pourra changer. Et, ajoute Aurélien, par « *l'organisation des hommes motivés en groupes autonomes et coordonnés, pour faire le travail militant de fond, articulé avec celui des groupes féministes* » (LE GAL, 2018). Une militance partagée.

4. La responsabilité partagée, une bonne idée ?

Si les hommes ont la capacité d'agir et de partager la responsabilité contraceptive, si ce possible existe comme nous venons de le voir, les femmes le veulent-elles seulement ? Est-ce réellement une bonne idée ? Des questions évidemment incontournables et qui mettent en lumière les conséquences, voire les risques d'un tel partage. Et les femmes sont divisées.

51% des femmes souhaiteraient que leur partenaire utilise d'autres méthodes contraceptives masculines, comme une pilule, si elles étaient commercialisées mais 22% ont répondu « non » et 25% « je ne sais pas » (SOLIDARIS, 2017). Pour une femme sur deux, partager la responsabilité technique de la contraception avec son partenaire n'est donc pas une évidence.

Parmi les raisons invoquées pour justifier un refus, plus de la moitié d'entre elles (52%) déclarent que le fonctionnement actuel du couple leur convient et une femme sur trois (32%) préfère être seule en charge de la contraception. La méfiance envers le partenaire se reflète dans les réponses d'une femme sur cinq : 22% auraient peur qu'il oublie de prendre la contraception. Mais aussi méfiance envers ces nouvelles méthodes : 18% doutent de leur fiabilité et 21% s'inquiètent des effets secondaires potentiels. Il serait toutefois intéressant de connaître l'avis de ces femmes concernant des méthodes de stérilisation temporaire comme le *Vasalgel*, plus convaincante qu'une pilule comme le notaient les Docteurs Manigart et Murillo.

4.1. Le contrôle du corps des femmes

Les féministes aussi sont divisées. La question du partage de la responsabilité contraceptive est sensible tant la contraception médicale est considérée comme une victoire fondamentale pour les femmes, obtenue à l'issue d'un combat collectif. L'enjeu est de taille, celui de disposer de son corps. En 2010, 88% des femmes belges francophones interrogées estimaient d'ailleurs que la contraception avait joué un rôle très important dans la libération des femmes, devant l'accès au travail et le droit de vote⁵¹.

Selon Françoise Héritier, le droit à la contraception est effectivement primordial et constitue « le levier essentiel » qui permet aux femmes d'acquérir autonomie et dignité « *parce qu'il agit au cœur même du lieu où la domination s'est produite* » (HÉRITIER, 2002, p. 26). « *C'est la première marche : le reste, pour nécessaire et significatif qu'il soit – revendication de parité*

⁵¹ Source : <http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Etude-Femmes-et-contraception.pdf>

politique, d'égalité d'accès à l'enseignement, d'égalité professionnelle, salariale et de promotion dans l'entreprise, de respect dans les esprits et les mœurs, de partage des tâches, etc. -, ne peut avoir d'effet significatif et durable si cette première marche n'est pas gravie par toutes les femmes » (HÉRITIER, 2002, p. 26). Car pour l'anthropologue, la domination masculine est motivée par le contrôle de la fécondité des femmes, indispensable à toute société, qui s'effectue par l'« appropriation de femmes elles-mêmes ou des produits de leur fécondité, [et la] répartition des femmes entre les hommes » (HÉRITIER, 1996, p. 230).

Geneviève Fraisse, philosophe et historienne de la pensée féministe, souligne le caractère révolutionnaire des moyens contraceptifs : *« (...) la contraception offre désormais une loi propre au sujet humain, celle de sa liberté. Celui-ci reste soumis à l'espèce ou devient sujet libre : si la contraception est une révolution, elle l'est doublement, en libérant de la nature et en résistant à la domination masculine. Double révolution : la reproduction de l'espèce n'est plus le centre à partir duquel la maternité se pense ; la libre maternité donne à l'être humain les moyens de son affranchissement » (FRAISSE, 1999, p. 54).*

Certaines féministes craignent donc que cette liberté leur échappe avec le développement de la contraception masculine et fasse perdre aux femmes cette autonomie acquise. *« Vouloir questionner la place des hommes dans ce domaine, n'est-ce pas programmer naïvement un retour en arrière, relégitimer le pouvoir des hommes sur la fécondité ? (...) Quels risques génèrent leur présence ? » (ANDRO et DESGRÉES DE LOÛ, 2009, p. 4) questionnent les chercheuses qui jugent nécessaire de poursuivre la réflexion sans perdre de vue les risques de limiter la liberté des femmes à disposer de leur corps.*

D'autres notent également que *« la volonté de certaines femmes de ne pas déléguer les charges contraceptives peut aussi être le résultat d'une crainte qui s'ancre dans un processus de lutte anti-masculiniste. La possible reprise du contrôle du corps des femmes et de leur fécondité par le biais d'une contraception masculine pourrait mettre à mal toute démarche d'empowerment⁵² » (PICARAT et MIEUSSET, 2014, p. 58).*

La contraception masculine pourrait donc représenter un danger pour certaines femmes. Françoise Héritier ne s'y oppose pas, elle y voit l'avantage de partager les responsabilités pour qu'elles ne soient plus uniquement féminines, mais reste prudente. Pointant les situations conflictuelles où les partenaires ne s'accorderaient pas, elle donne l'exemple de sociétés

⁵² « L'empowerment est l'octroi de plus de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, et/ou politiques qu'ils subissent » (PICARAT et MIEUSSET, 2014, p. 59).

africaines où les hommes souhaitent avoir le plus possible de fils... et les femmes une pilule à ingérer à l'insu de leur époux. « *Ainsi, d'une certaine manière, que la contraception soit entre les mains des femmes est bien le gage de leur nouveau pouvoir et leur moyen de progresser* » (HÉRITIER, 2002, p. 253). Dans d'autres contextes, l'implication des hommes dans la contraception de leur partenaire, comme l'accompagner lors des visites médicales ou contrôler sa bonne utilisation, peut, dans certains cas, recouvrir une forme de « flicage » (DESJEUX, 2009).

Nelly Oudshoorn rappelle que « *le mouvement des femmes, tout au moins dans les pays industrialisés, a longtemps lutté pour que les femmes puissent contrôler leur propre fertilité* » (OUDSHOORN, 1999, p. 148) et préserver leur indépendance mise en danger par les grossesses non désirées. Pour elles, et les féministes de la deuxième vague qui ont repris leurs arguments, il était essentiel que le contrôle des naissances soit aux mains des femmes. Et ici aussi, on retrouve chez les *anti-users* l'argument de la difficile confiance que les femmes peuvent accorder aux hommes. « *Dans ce contexte, les contraceptifs pour hommes apparaissent comme une menace pour l'autonomie des femmes, qui devront, selon les féministes radicales⁵³, "une fois encore s'en remettre aux mains des hommes"* » (OUDSHOORN, 1999, p. 148).

Il existe néanmoins des différences de lecture selon les pays : « *En Grande-Bretagne, aux États-Unis et aux Pays-Bas, celles qui ont fait les premières l'expérience de la contraception ont le sentiment qu'il y a eu suffisamment de difficultés rencontrées et qu'il faut désormais passer la main aux hommes. Mais des objections féministes à ce point de vue se font entendre, marquées également par une différence entre les générations, avec l'argument selon lequel il ne faut pas qu'une partie de l'argent de la recherche dans ce domaine aille à la contraception masculine, les financements devant être concentrés sur la contraception féminine* » (OUDSHOORN, 2010, p. 40). Une différence de perception expliquée ainsi par Danielle Hassoun, gynécologue-obstétricienne : « *En France, on a toujours été plus politiques dans nos revendications alors que dans les pays anglo-saxons, plus médical* » (LA LOI NEUWIRTH A 50 ANS : VERS UNE GÉNÉRATION POST-PILULE, 2017).

⁵³ Le féminisme radical est un courant qui considère que les hommes, en tant que groupe, dominent les femmes, via leur exploitation et appropriation (STOP MASCULINISME, 2015).

4.2. Une révolution devenue contrainte

Par ailleurs, la contraception en tant que contrainte semble gagner du terrain dans l'opinion publique, atténuant son caractère révolutionnaire. Les femmes qui n'ont pas connu cette libération seraient moins sensibles à la symbolique de la contraception médicale féminine. « (...) *c'est l'image sociale de la pilule qui semble s'être modifiée au fil des générations : elle est aujourd'hui moins considérée comme un objet d'émancipation par les femmes les plus jeunes. Si, en moyenne, elle n'est pas pensée comme plus contraignante qu'avant, ce sont bien celles qui la jugeaient comme telle qui ont été les premières à ne plus l'utiliser* » (LE GUEN et al., 2017, p. 4). La sociologue Nathalie Bajos, directrice de recherche à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), et ses collègues notent également que « *les générations les plus jeunes sont de moins en moins sensibles aux enjeux sociaux et politiques qu'a représenté la disponibilité d'une méthode de contraception permettant aux femmes, pour la première fois dans l'histoire, de pouvoir maîtriser elles-mêmes leur fécondité* » (BAJOS et al., 2014, p. 3).

Les jeunes générations seraient alors plus enclines à partager les responsabilités contraceptives. Dans ses recherches, Cyril Desjeux remarque que la contrainte ressentie peut effectivement pousser les femmes à demander à leur partenaire de s'impliquer, permettant de construire une responsabilité de couple (DESJEUX, 2008).

On peut également interroger le pouvoir exercé par le milieu médical sur le corps des femmes, la surmédicalisation et la « cyborgification » induite par le glissement de la technologie dans les corps (LYKKE, 2003). Si le développement de la contraception féminine a permis aux femmes de maîtriser leur fécondité, sa médicalisation les a aussi bien souvent obligées à se soumettre à des visites médicales fréquentes, pouvant induire une perte d'autonomie, et à une absorption régulière d'hormones. « *La contraception hormonale peut être considérée comme un asservissement au pouvoir médical plutôt que comme une libération* » (THOMÉ, 2018). Un pouvoir souvent exercé, une fois de plus, par des hommes puisque le milieu de la gynécologie est longtemps resté majoritairement masculin⁵⁴.

⁵⁴ En juillet 2018, la Belgique comptait 799 gynécologues hommes et 1169 femmes. Source : INAMI. Voir annexe n°8.

4.3. Le piège de la maternité

« *Accorder la liberté contraceptive aux femmes n'était dans cet esprit qu'une manière de laisser encore à leur seule responsabilité toutes les charges qui relèvent de la fécondité et de la procréation* », décryptait pourtant Françoise Héritier en regard de la décision des pouvoirs publics français en 1967 (HÉRITIER, 2002, p. 252). Pour certaines chercheuses, la contraception féminine médicale a effectivement induit un effet pervers, celui d'enfermer les femmes dans le rôle de mère. Ainsi, pour les sociologues Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, elle « *s'avère l'un des facteurs de la persistance de la domination masculine, mais sous des formes renouvelées* » et « *n'a pas le pouvoir, à elle seule, de subvertir la hiérarchie entre les sexes si son usage, non seulement ne remet pas en cause, mais conforte la construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité* » (BAJOS et FERRAND, 2004, p.119).

Malgré la contraception médicale, les sociologues soulignent que la dimension professionnelle de l'identité féminine passe le plus souvent au second plan, derrière la dimension maternelle. Ce qui atteste de « *l'intériorisation, par les femmes, de la moindre légitimité sociale du modèle de la femme qui fait le choix de sa carrière au détriment de la maternité* » (BAJOS et FERRAND, 2004, p.128). La division sexuelle du travail étant toujours bien inscrite dans l'organisation sociale, la prise en charge des enfants reste féminine. « *Les recompositions entre rôle paternel et rôle maternel qui auraient pu accompagner l'entrée massive des femmes sur le marché du travail ne se sont finalement traduites que par la transformation de la mère au foyer en mère travailleuse, assumant une "double journée", à côté d'un père qui reste toujours prioritairement assigné à la sphère productive* » (BAJOS et FERRAND, 2004, p.131). Marché du travail, qui plus est, inégalitaire. Le sociologue Michel Bozon abonde dans ce sens : « *Loin de pulvériser le socle de la domination masculine, la médicalisation de la contraception a conduit à remotiver et à renaturaliser l'assignation des femmes à la fonction reproductive* » (BOZON, 2013, p. 73).

Parallèlement, le modèle de la mère idéale s'est vu consolider. La programmation des naissances, permise par la contraception, renforce en effet la pression sur les femmes. « *Tout se passe comme si la contraception, en permettant de n'envisager une maternité que si la grossesse est souhaitée, avait consacré l'idéologie de la responsabilité d'abord maternelle. L'enfant désiré, qui ne vient plus interrompre une carrière professionnelle, se doit d'être l'objet de toutes les attentions, et son élevage nécessite une grande disponibilité. (...) Avec la*

contraception, le modèle de la mère disponible confirme celui de la bonne mère » (BAJOS et FERRAND, 2004, p.133).

Toutefois, si la contraception médicale, somme toute encore assez récente, n'a pas bouleversé les rapports sociaux de genre, les chercheuses ne balayent pas la possibilité qu'elle en ait la capacité, au fil du temps, telle « *une révolution inachevée* » (BAJOS et FERRAND, 2004, p.137).

Conclusion

Le nœud du problème, celui qui assigne solidement les femmes à la responsabilité contraceptive, est donc la puissance des rapports sociaux de genre. Du développement à son utilisation, la contraception masculine est plombée par les rôles attribués aux femmes et aux hommes et les relations de pouvoir qui subordonnent les unes aux autres.

Qu'importe les innovations, la contraception ne sera jamais une démarche, non pas féminine mais individuelle ou de couple, si nos sociétés persistent à relativiser ou nier la responsabilité des hommes. Nous avons pu voir que les freins techniques cachaient une réalité plus insidieuse. Les hommes ne sont pas physiologiquement inaptes à se contracepter, comme ils ne sont pas naturellement irresponsables. Budgets limités, voire inexistants, désintérêt de l'industrie pharmaceutique, des médecins et des pouvoirs publics, manque de volontaires... Le développement de la contraception masculine est retardé par les stéréotypes de genre. La plupart des professionnel·le·s de la santé, incontournables dans le conseil à la patientèle, transmettent les mêmes représentations et restreignent ainsi l'utilisation des quelques contraceptifs masculins disponibles actuellement.

Cette situation inégalitaire n'est ni intemporelle ni universelle. Elle est récente dans l'histoire de la contraception et si, de par le monde, les femmes en sont majoritairement en charge, elle fluctue d'une région à l'autre, quel que soit le degré des discriminations sexistes locales.

Les rôles performés par les femmes et les hommes en sont les garants les plus efficaces et leur analyse a été fondamentale dans ce travail. Un homme n'est pas un homme s'il adopte un comportement lié socialement au féminin. Sa sexualité et son corps sont intouchables. La masculinité hégémonique ne permet pas d'envisager d'autres scripts sexuels et reproductifs. Pourtant, des hommes, conscients et résolus, ont choisi d'assumer leur fertilité. *Thomas Bouloù* et d'autres alliés démontrent par l'action que les rôles et les responsabilités ne sont pas figé·e·s.

Il n'était néanmoins pas possible de conclure sur cette seule note optimiste. Car si la proposition peut séduire en théorie, les femmes pourraient déchanter en pratique. Les rapports sociaux de genre, profonds et vicieux, peuvent transformer tout changement, a priori positif, en un danger potentiel pour les femmes. La contraception médicale a ainsi contribué à les enfermer dans le rôle de mère. La contraception masculine pourrait menacer leur droit de disposer de leur corps. En leur imposant une grossesse, en contrôlant leur contraception, il est tout à fait envisageable d'instrumentaliser la responsabilité partagée pour brider la liberté des femmes et les priver du

contrôle de leur propre corps. C'est aussi pourquoi il est essentiel de contrer les discours masculinistes et de marteler que c'est uniquement au moment de la relation sexuelle, et grâce à la contraception, que les hommes ont le choix d'avoir ou non un enfant et que l'avortement doit rester une décision féminine. Cet effet pervers, comme tous les retours de bâton, ne pourra être neutralisé que si femmes et hommes évoluent d'égal à égal, et non plus maintenu·e·s dans une masculinité et une féminité construites.

La domination masculine n'est pas immuable. Tout est question de choix et d'action. Que ce soit au sein de la société ou de leur couple, les hommes ont effectivement la possibilité de cesser d'en être complices et de renoncer à leurs privilèges. « *C'est précisément parce que cette identité personnelle et sociale est construite que nous pouvons la refuser, nous pouvons agir à son encontre – bref, nous pouvons changer* » (STOLTENBERG, 2013, p.30). « *Reconnaître la dimension historique de la masculinité et de la féminité ne revient pas à suggérer qu'elles seraient précaires ou insignifiantes. C'est au contraire les ancrer fermement dans le monde de la capacité d'agir* » (CONNELL, 2014, p. 80).

Depuis 150 ans, les mouvements féministes luttent collectivement pour proposer une autre vision du monde, atteindre une véritable égalité des droits et des possibles, et font bouger les lignes. A leurs côtés, une poignée d'hommes veulent transformer les codes notamment contraceptifs en réfléchissant à cette « *virilité abusive* »⁵⁵. La tâche est immense et les domaines qui nécessitent d'agir sont nombreux.

L'éducation des plus jeunes, via notamment une EVRAS homogénéisée, obligatoire et égalitaire, est essentielle pour amorcer une prise de conscience, comprendre son corps et sa sexualité, déconstruire les stéréotypes de genre et faire émerger de nouveaux modèles. C'est dès le plus jeune âge que filles et garçons doivent être socialisé·e·s à de nouvelles responsabilités et apprendre que leur sexualité a la même valeur.

Les adultes aussi doivent être éduqué·e·s et s'éduquer. Comme le cas du Royaume-Uni le démontre, la formation des professionnel·le·s de la santé doit être enrichie en matière de contraception et être encadrée pour suivre ces mêmes objectifs. C'est ainsi qu'une information précise et complète pourra être proposée à la patientèle et permettra d'écarter les craintes alimentées par la méconnaissance. En termes d'information, il est nécessaire que les médias suivent pour asseoir une nouvelle vision contraceptive.

⁵⁵ Référence à la chanson « *Kid* » d'Eddy De Pretto. Voir annexe n°9.

Les pouvoirs publics ont également un rôle à jouer. Ils doivent soutenir tous ces programmes, ainsi que les initiatives qui partent de la société civile. En évitant une nouvelle surmédicalisation, ils doivent impulser de nouveaux développements en matière de contraception et faciliter l'utilisation des méthodes dont l'efficacité a déjà été confirmée. La gratuité de la contraception doit aussi être organisée pour bénéficier au plus grand nombre. Le privé est toujours autant politique.

Assumer chacun·e ses responsabilités et sa fertilité, alterner la charge contraceptive, partager les risques et le plaisir, ne pourra être envisagé qu'en provoquant une transformation radicale de nos scénarios culturels. Individuellement et collectivement, tou·te·s peuvent, dès maintenant, « *faire le choix d'un nouveau monde de rapports de genre* » (CONNELL, 2014, p. 87).

Bibliographie

ANDRO Armelle et DESGREE DU LOÛ Annabel, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés », dans *Autrepart*, n°52, 2009, 4, pp. 3-12.

BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », dans *Sciences sociales et santé*, n°22, 2004, 3, pp. 117-142.

BAJOS Nathalie *et al.*, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », dans *Population et Sociétés*, n°511, 2014.

BENVINDO Bruno (dir.), « Masculinités », dans *Sextant*, vol. 27, Groupe interdisciplinaire d'Etudes sur les femmes et le genre, 2009.

BLOC Fabienne et PEREIRA Sophie, « Déracinons les représentations asymétriques du désir et du plaisir », dans *Chronique Féministe*, n°120, 2017, pp. 31-33.

BOZON Michel, *Sociologie de la sexualité. Domaines et approches*, Paris, Armand Collin, 2013.

BRAUN Frédou, *Dépasser le pour/contre : l'avortement vu autrement*, Louvain-la-Neuve, Centre d'Education et de Formation en Alternance, 2012.

CANTO-SPERBER Monique, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 2004.

Collectif *STOP MASCULINISME, Contre le Masculinisme*, Lyon, Bambule, 2015.

Collectif *THOMAS BOULOÛ, Brouillons techniques pour rapports(s) 2*, 2017.

CONNELL Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Editions Amsterdam, 2014.

DE BEAUVOIR Simone, *Le deuxième sexe, tome II : L'expérience vécue*, Paris, Editions Gallimard, 1949.

DELVOSAL Eve, *La paternité imposée : une problématique soluble en droit belge, mais indéniablement attentatoire aux droits des femmes*, mémoire de Master en Droit, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2017.

DESJEUX Cyril, « La pilule hormonale féminine : De la fécondité "féminine" à la fécondité "conjugale" », dans *Socio-logos*, 3, octobre 2008.

En ligne : <http://journals.openedition.org/socio-logos/1943> (consulté le 23 juillet 2018)

DESJEUX Cyril, « Histoire et actualités des représentations et pratiques de contraception masculine », dans *Autrepart*, n°52, 2009, 4, pp. 49-63.

DESJEUX Cyril, « Hétérosexualités, corps et care : l'exemple des hommes d'ARDECOM », dans *Andrologie*, n°22, 2012, 3, pp. 192-204.

DESJEUX Cyril, « Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte », dans *Andrologie*, n°22, 2012, 3, pp. 180-191.

DÉTREZ Christine, *Quel genre ?*, Paris, Editions Thierry Magnier, 2015.

DUPUIS-DÉRI Francis, « L'internationale masculiniste : pistes de réflexion » dans *Chronique féministe*, n°106, 2010, pp. 55-58.

FILOSOF Fanny, « Les irresponsables de la maternité », dans *Chronique féministe*, n°25, 1987, 2, pp. 55-59.

FRAISSE Geneviève, « L'habeas corpus des femmes : une double révolution ? », dans BAULIEU Etienne-Emile, HÉRITIER Françoise et LERIDON Henri, *Contraception : contrainte ou liberté*, Paris, Odile Jacob, 1999, pp. 53-60.

GUÉRIN J-F. et ROLLET J., « Essais de différentes associations d'androgènes et de progestatifs dans un objectif de contraception masculine », dans SOUFIR Jean-Claude et MIEUSSET Roger (dir.), *La contraception masculine*, Paris, Springer, 2013, pp. 35-47.

HÉRITIER Françoise, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996.

HÉRITIER Françoise, *Masculin/Féminin. Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Odile Jacob, 2002.

JONAS Hans, *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, 1995.

KALAMPALIKIS Nikos et BUSCHINI Fabrice, « La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires », dans *Nouvelle revue de psychologie*, 2007, 4, pp.89-104.

KERGOAT Danièle, « Division sexuelle au travail et rapports sociaux de sexe », dans *Dictionnaire critique du féminisme*, HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARÉ Hélène, SENOTIER Danièle, Paris, PUF, 2000, pp. 35-44.

LALMAN Lara, *Contraception, quels choix pour les femmes aujourd'hui ?*, Louvain-la-Neuve, Centre d'Education et de Formation en Alternance, 2010.

LE GUEN Mireille *et al.*, « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », dans *Population et Sociétés*, n°549, 2017.

LE LANNOU D., « La contraception masculine, expérience rennaise », dans SOUFIR Jean-Claude et MIEUSSET Roger (dir.), *La contraception masculine*, Paris, Springer, 2013, pp. 49-53.

LIKKE Nina, « Corps-cyborg et bioéthique féministe : le cas de "Junior" », dans *Genre et bioéthique*, PINSART Marie-Geneviève (dir.), Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 2003, pp. 15-26.

MALCOURANT Eloïse, *La contraception : l'affaire des deux partenaires*, Bruxelles, Femmes Prévoyantes Socialistes, 2017.

MANIGART Yannick *et al.*, « Etat de la contraception en 2016 », dans *Rev Med Brux*, 2016, pp. 253-260.

OUDSHOORN Nelly, « Contraception et querelles de genre », dans *Cahiers du Genre*, n°25, 1999, 2, pp. 139-166.

OUDSHOORN Nelly, « Technologies de la reproduction et identités des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine », dans *Reproduire le genre*, DORLIN Elsa et FASSIN Eric (dir.), Paris, Bibliothèque publique d'information Centre Pompidou, 2010, pp. 35-45.

PICARAT Marine et MIEUSSET Roger, « La contraception masculine, méthodes nouvelles et résistances », dans *Chronique féministe*, n° 114, 2014, 2, pp. 55-59.

ROUBIN Sandra, *La pilule contraception masculine pour bientôt ?*, Bruxelles, Femmes Prévoyantes Socialistes, 2017.

SOUFIR Jean-Claude et MIEUSSET Roger, « Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique », dans *Andrologie*, n°22, 2012, 3, pp. 211-215.

SOUFIR Jean-Claude et MIEUSSET Roger (dir.), *La contraception masculine*, Paris, Springer, 2013.

SPENCER Brenda, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, 1999, pp. 29-33.

SPENCER Brenda, « La contraception pour les hommes – une cause perdue ? », dans *Andrologie*, n°22, 2012, 3, pp. 205-210.

STOLTENBERG John, *Refuser d'être un homme. Pour en finir avec la virilité*, Paris, Editions Syllepse, 2013.

THIERS-VIDAL Léo, « De la masculinité à l'anti-masculinité : penser les rapports sociaux de sexe à partir d'une position sociale oppressive », dans *Nouvelles Questions féministes*, vol.21, 2002, 3, pp. 71-83.

TABET Paola, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échanges économico-sexuel*, Paris, L'Harmattan, 2004.

THOMÉ Cécile, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », dans *Sociétés contemporaines*, n°104, 2016, 4, pp. 67-94.

UNIVERSITÉ DES FEMMES, « La fabrique des hommes », dans *Chronique féministe*, n°106, 2010.

VAN DE WALLE Etienne, « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? », dans *Population et Sociétés*, n°418, 2005, pp. 1-4.

VENTOLA Cécile, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », dans *Cahiers du Genre*, n°60, 2016, 1, pp. 101-122.

VAN WERSCH A., EBERHARDT J. et STRINGER F., « Facteurs culturels et psychosociaux façonnant les attitudes envers la pilule contraceptive masculine », dans SOUFIR Jean-Claude et MIEUSSET Roger (dir.), *La contraception masculine*, Paris, Springer, 2013, pp. 165-178.

Entretiens

Entretien via Framataalk accordé par Christian BALAUD, 16 juin 2018.

Entretien accordé par Aurélien LE GAL et Marc PERROT (*Thomas Bouloù*), 19 décembre 2017, Paris.

Entretien écrit accordé par Aurélien LE GAL, 30 juin 2018.

Entretien accordé par Eloise MALCOURANT, 23 janvier 2018, Bruxelles.

Entretien accordé par Yannick MANIGART, 22 mars 2018, Bruxelles.

Entretien écrit accordé par Roger MIEUSSET, 26 juillet 2018.

Entretien accordé par Daniel MURILLO, 10 avril 2018, Bruxelles.

Colloques et conférences

APTEKIER Daniel et COLIN Pierre, « Donner l'accès à la contraception masculine en France : un enjeu pour l'égalité femmes-hommes ? », dans *Genre et contraception : quelles (r)évolutions ?*, Paris, Laboratoire Junior Contraception & Genre et Institut National des Etudes Démographiques, 18 décembre 2017.

Collectif THOMAS BOULOÛ, *Contracep'tour*, Bruxelles, 23 novembre 2017.

Genre et contraception : quelles (r)évolutions ?, Paris, Laboratoire Junior Contraception & Genre et Institut National des Etudes Démographiques, 18 et 19 décembre 2017.

GOURARIER Mélanie, *Défaire la crise des masculinités. Penser le changement social dans une perspective féministe*, Bruxelles, Université libre de Bruxelles, 14 mars 2018.

PEREIRA Sophie, *Pour une approche citoyenne et égalitaire de l'EVRAS*, Bruxelles, Université des Femmes, 12 juin 2018.

RAHIB Delphine, « Connaissances et perceptions de la contraception chez les hommes : des différences marquées selon les générations », dans *Genre et contraception : quelles (r)évolutions ?*, Paris, Laboratoire Junior Contraception & Genre et Institut National des Etudes Démographiques, 19 décembre 2017.

THOMÉ Cécile, *Jouir sans entraves ? Analyse des effets sur la sexualité de la féminisation de la contraception*, Bruxelles, Observatoire du Sida et des Sexualités, 27 février 2018.

Sources audio-visuelles

Contraception masculine : et si on partageait le plaisir ? PODCAST. Le Labo des Savoirs, 2018. En ligne : <http://www.franceculture.fr/conferences/universite-de-nantes/contraception-masculine-et-si-partageait-plus-que-du-plaisir>

La loi Neuwirth a 50 ans : vers une génération post-pilule ?, dir. DELORME Florian.

PODCAST. France Culture, L'invité des matins, 2017. En ligne :

<http://www.franceculture.fr/emissions/linvite-des-matins/la-loi-neuwirth-a-50-ans-vers-une-generation-post-pilule>

La virilité, dir. VAN REETH Adèle. PODCAST. France Culture, Les chemins de la philosophie, 2018. En ligne : <http://www.franceculture.fr/emissions/series/la-virilite>

Les bijoux de famille, dir. BORIES Benoît. PODCAST. Arte Radio, 2016. En ligne :

http://www.arteradio.com/son/61657845/les_bijoux_de_famille

Les couilles sur la table. Contraception masculine : autour des hommes, dir. TUAILLON

Victoire. PODCAST. Binge Audio, 2018. En ligne : <http://www.binge.audio/contraception-masculine-au-tour-des-hommes/>

Les femmes sont-elles encore libres de leur contraception ?, dir. GACON Julie et BOURGEOIS Raphael. PODCAST. France Culture, Du grain à moudre d'été, 2014. En ligne :

<http://www.franceculture.fr/emissions/du-grain-moudre-dete/les-femmes-sont-elles-encore-libres-de-leur-contraception>

Ma vasectomie, dir. MARQUET Jean-François et TESTE François. PODCAST. France Culture,

Sur les Docks, 2014. En ligne : <http://www.franceculture.fr/emissions/lheure-du-documentaire/ma-vasectomie>

Pilule contraceptive : la désillusion? Etude du recul de la pilule contraceptive en Belgique et de ses causes multiples, dir. PITISCI Juliette. DVD. Mémoire de Master en Journalisme, Université Libre de Bruxelles, 2014.

Vade retro spermato, dir. LIGNIÈRES Philippe. DVD. Les Films du Sud, 2011.

Articles de presse

La pilule contraceptive pour hommes pourrait bientôt devenir réalité, L'Obs, mars 2018.

En ligne : <http://www.nouvelobs.com/en-direct/a-chaud/47689-pilule-pilule-contraceptive-hommes-pourrait-bientot.html> (consulté le 25 mars 2018)

AFP, *Polémique autour de la pilule 3e génération, largement prescrite en France*, Le Point,

janvier 2013. En ligne : http://www.lepoint.fr/societe/polemique-autour-de-la-pilule-3e-generation-largement-prescrite-en-france-02-01-2013-1607880_23.php (consulté le 7 avril 2018)

ANGLADE Charlotte, *Contraception masculine, Erwan, 38 ans, porte-étendard du « slip chauffant »*, LCI, septembre 2017. En ligne : <http://www.lci.fr/societe/sexe-relations-sexuelles-hommes-contraception-masculine-erwan-38-ans-apotre-du-slip-chauffant-2065842.html>

(consulté le 1^{er} décembre 2017)

A. M., *À quand la pilule pour les hommes ?*, La Dépêche, décembre 2017. En ligne : <https://www.ladepeche.fr/article/2017/12/20/2708190-a-quand-la-pilule-pour-les-hommes.html> (consulté le 5 janvier 2018)

AXELLE, *Hors-série. 20 ans des droits des femmes*, juillet-août 2018. (consulté le 7 juillet 2018)

BODKIN Henry, *Male contraceptive pill is safe to use and does not harm sex drive, first clinical trial finds*, The Telegraph, mars 2018. En ligne : <https://www.telegraph.co.uk/news/2018/03/18/male-contraceptive-pill-safe-use-does-not-harm-sex-drive-first/> (consulté le 1^{er} avril 2018)

BRULIN Gaël, *Contraception masculine : une protéine déjà efficace sur des souris*, 24 matins, septembre 2017. En ligne : <http://www.24matins.fr/contraception-masculine-proteine-deja-efficace-souris-609432> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

CANNONE Robin, *Contraception hormonale masculine : des résultats prometteurs*, Le Figaro, novembre 2016. En ligne : <http://sante.lefigaro.fr/article/contraception-hormonale-masculine-des-resultats-prometteurs> (consulté le 13 avril 18)

CHADENAT Tatiana, *Pourquoi les hommes sont exclus de la contraception ?*, Le Figaro, septembre 2015. En ligne : <http://madame.lefigaro.fr/societe/pourquoi-les-hommes-sont-exclus-de-la-contraception-230915-98451> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

CHERRID Margot, *Slip chauffant et injections : où en est la contraception masculine en France ?*, Cheek Magazine, mai 2018. En ligne : <http://cheekmagazine.fr/societe/contraception-masculine-slip-chauffant-injection-testosterone> (consulté le 13 mai 2018)

CHRISTIAENS Joséphine, *La vasectomie : pas touche à mes bourses !*, Paris Match, novembre 2017. En ligne : <http://parismatch.be/actualites/societe/89198/vasectomie-pas-touche-a-mes-bourses> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

FAYT Natacha, *Les vasectomies sont en hausse en Belgique*. RTBF, août 2017. En ligne : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_les-vasectomies-en-hausse-en-belgique?id=9683080 (consulté le 1^{er} décembre 2017)

FERNANDEZ RODRIGUEZ Laura, *Pourquoi un Canadien sur cinq choisit la vasectomie ?*, Usbek et Rica, octobre 2017. En ligne : <http://usbeketrica.com/article/sterilisation-masculine-pourquoi-un-canadien-sur-cinq-choisit-la-vasectomie> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

HERMANT Lucie, *Contraception masculine: 3 méthodes géniales qu'on ne connaît pas assez*, Flair, mars 2017. En ligne : <http://www.flair.be/fr/lifestyle/contraception-masculine-3-methodes-geniales-quon-ne-connaît-pas-assez/> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

MARIE Léa, *Un gel contraceptif pour hommes est à l'étude et ne présente que des avantages*, Slate, décembre 2017. En ligne : <http://www.slate.fr/story/155609/gel-contraceptif-hommes-avantages> (consulté le 5 janvier 2018)

MYMY, *La pilule masculine avance, voici pourquoi c'est important*, Madmoizelle, mai 2018. En ligne : <http://www.madmoizelle.com/pilulemasculine-contraception-900467> (consulté le 1^{er} juin 2018)

P. Chloé, *Oui, la contraception pour homme existe au-delà du préservatif... et voici pourquoi vous l'ignorez*, Madmoizelle, mars 2017. En ligne : <http://www.madmoizelle.com/contraception-pour-homme-options-741251> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

PASQUESOONE Valentine, *Vasectomie, slip chauffant, pilule... Pourquoi la contraception masculine n'excite pas les hommes*, France Télévisions, décembre 2017. En ligne : https://www.francetvinfo.fr/sante/contraception/la-pilule-et-ses-risques/vasectomie-slip-chauffant-pilule-pourquoi-la-contraception-masculine-ne-fait-pas-bander-les-hommes_2522291.html (consulté le 5 janvier 2018)

PLUYAUD Louise, *La contraception, c'est aussi une histoire d'hommes*, TV5 Monde, octobre 2015. En ligne : <http://information.tv5monde.com/terriennes/la-contraception-c-est-aussi-une-histoire-d-hommes-57147> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

POINSOT Nicolas, *Interview de Brenda Spencer : Dites peut-être adieu à la contraception masculine*, Femina, février 2017. En ligne : <http://www.femina.ch/societe/sexo/dites-adieu-contraception-masculine-interview-brenda-spencer-maitre-enseignement-recherche-sante-sexuelle-reproductive-universit%C3%A9-lausanne> (consulté le 1^{er} décembre 2017)

PUDLOWSKI Charlotte, *Les femmes sont-elles prêtes à accepter la contraception masculine ?*, Slate, septembre 2014. En ligne : <http://www.slate.fr/story/92007/contraception-masculine> (consulté le 13 avril 2018)

REYNAUD Florian, *Contraception masculine : quelles sont les méthodes disponibles en France ?*, Le Monde, janvier 2018. En ligne :

http://www.lemonde.fr/societe/article/2018/01/14/contraception-masculine-queelles-sont-les-methodes-disponibles-en-france_5241485_3224.html (consulté le 25 janvier 2018)

SCHAAL Barbara, *Contraception: et si c'était à l'homme de prendre la pilule ?*, RTBF, octobre 2014. En ligne : http://www.rtbf.be/info/societe/detail_contraception-et-si-c-etait-a-l-homme-de-prendre-la-pilule?id=8372552 (consulté le 1^{er} décembre 2017)

STUBLEY Peter, *"Male contraceptive pill" successfully limits sperm activity without side effects, scientists find*, The Independent, avril 2018. En ligne : <http://www.independent.co.uk/news/science/male-contraceptive-pill-sperm-activity-side-effects-ep055-monkeys-scientific-study-america-a8314571.html> (consulté le 23 avril 2018)

VALDAYRON Floriane, *50 ans de la loi Neuwirth : et la pilule pour homme, c'est pour quand ?*, Marianne, décembre 2017. En ligne : <http://www.marianne.net/societe/50-ans-de-la-loi-neuwirth-et-la-pilule-pour-homme-c-est-pour-quand> (consulté le 5 janvier 2018)

Sites web

<http://www.contraceptionmasculine.fr/> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.stop-masculinisme.org/> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.vasectomy-information.com/> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.mescontraceptifs.be> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.zanzu.be> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.parsemus.org> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.worldvasectomyday.org> (dernière consultation : le 5 août 2018)

<http://www.contraceptioninfo.eu> (dernière consultation : le 5 août 2018)

Annexes

Annexe n°1 : liste des possibilités d'investissements contraceptifs des partenaires. Source : Féminisme Libertaire Bruxelles, campagne *A bras nos corps*, 2017.

A faire pour les partenaires (liste non exhaustive)
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ne nous faites pas insister ou négocier pour utiliser le préservatif, c'est lourd et stressant et anxiogène. Ça nous culpabilise et comment avoir du plaisir dans ces circonstances ?• Savoir quelle est précisément notre contraception et comment elle fonctionne• Se renseigner sur les effets de la contraception et être alerté des risques et des conséquences• Avoir une alarme pour la pilule (partager la charge mentale du rappel d'une manière qui vous convient, le plus important est d'en discuter)• Partager le calcul et le stress du cycle (ça rassure de savoir qu'on n'est pas la seule à surveiller ça)• Prendre au sérieux le stress d'une grossesse : acheter le test, être présent lors du test, ne pas attendre de la meuf qu'elle vous annonce la nouvelle du « retard », et être là et actif si le test est positif et que l'avortement est choisi ou pas• Faciliter la tâche des meufs dans leur parcours pour une contraception : se renseigner auprès de l'entourage ou autres (internet par exemple) pour avoir un·e gynéco safe, partager les tâches (aller chercher les médocs et se rendre dispo pour soutenir ses partenaires par rapport aux conséquences de la contraception)• Avancer une partie des thunes...• Parler entre mecs de leur expérience contraceptive• Et vous mobiliser non seulement pour rendre plus accessible celles qui existent déjà mais pour que les études avancent plus vite pour d'autres méthodes• Discuter : il n'y a pas de méthodes et protocole tout fait. Le mieux est d'entamer une conversation honnête, écouter les besoins et les limites posées. Enfin, tester des outils de partage, les évaluer et les accommoder au besoin. |
|--|

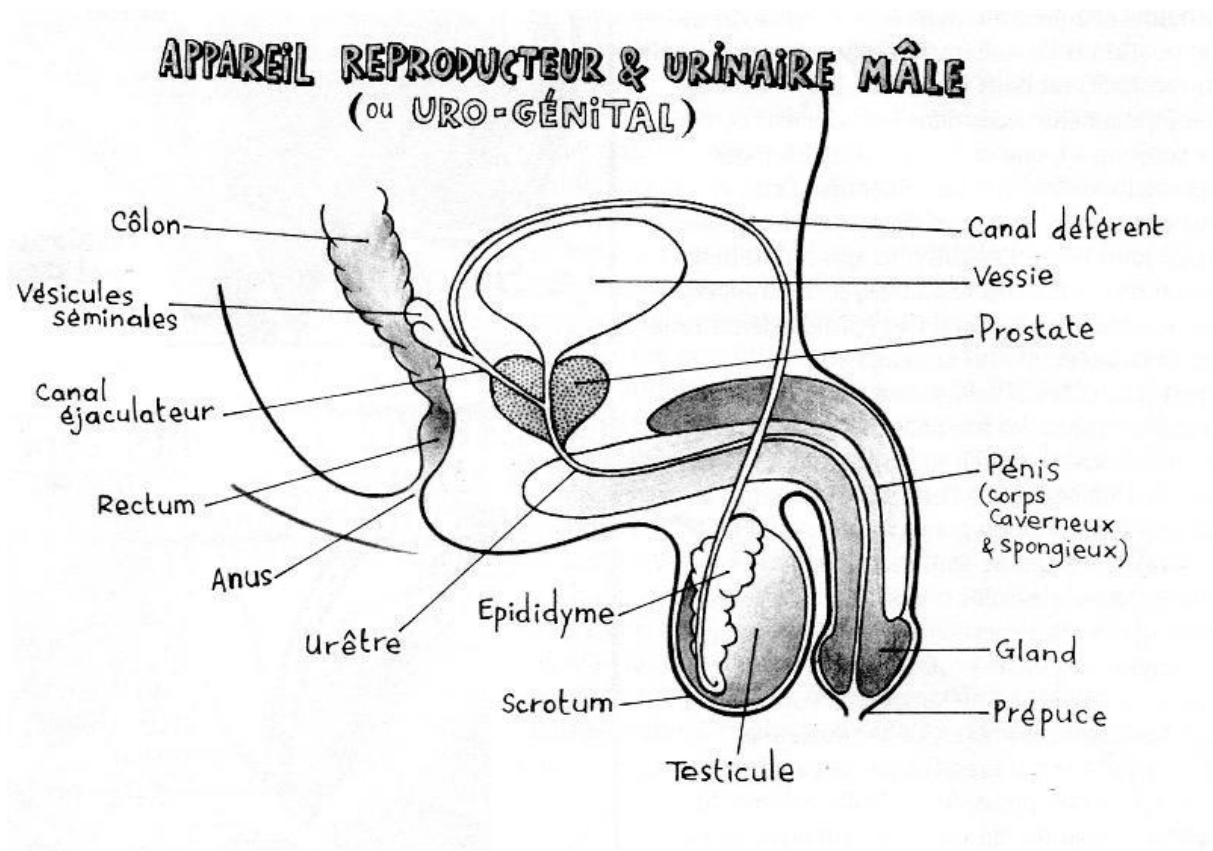
Annexe n°2 : Nombre de ligatures des trompes réalisées en Belgique en 2007 et 2017.

Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2018.

Prestation	Classe d'âge	Nombre de cas de stérilisations chez les femmes en 2007				
		Flandre	Wallonie	Bruxelles	Non-reparti	Belgique
432316- 432320 432692- 432703	0-4					0
	5-10	1				1
	10-14	1	1	1		3
	15-19	11	9			20
	20-24	66	48	8	1	123
	25-29	266	169	26		461
	30-34	679	439	51	3	1.172
	35-39	1.056	838	90	3	1.987
	40-44	838	691	86	4	1.619
	45-49	193	166	14		373
	50-54	19	9			28
	55-59	3	3	3		9
	60-64	2	2			4
	65-69	2				2
	70-74	2	1			3
	75-79					0
	80-84		1			1
	85-89		1			1
	> 89					0
S/Total		3.139	2.378	279	11	5.807

Prestation	Classe d'âge	Nombre de cas de stérilisations chez les femmes en 2017				
		Flandre	Wallonie	Bruxelles	Non-reparti	Belgique
432316- 432320 432692- 432703	0-4					0
	5-10					0
	10-14					0
	15-19	3	4	1	0	8
	20-24	47	28	5		80
	25-29	184	145	26	5	360
	30-34	397	436	46	5	884
	35-39	558	716	101	13	1.388
	40-44	398	631	67	8	1.104
	45-49	109	141	22	4	276
	50-54	10	7	2		19
	55-59	4	3	1		8
	60-64		1			1
	65-69					0
	70-74	2	1	1		4
	75-79	2	2	1		5
	80-84	2		1		3
	85-89			1		1
	> 89					0
S/Total		1.716	2.115	275	35	4.141

Annexe n°3 : schéma de l'appareil reproducteur et urinaire mâle (THOMAS BOULOÛ, 2017).



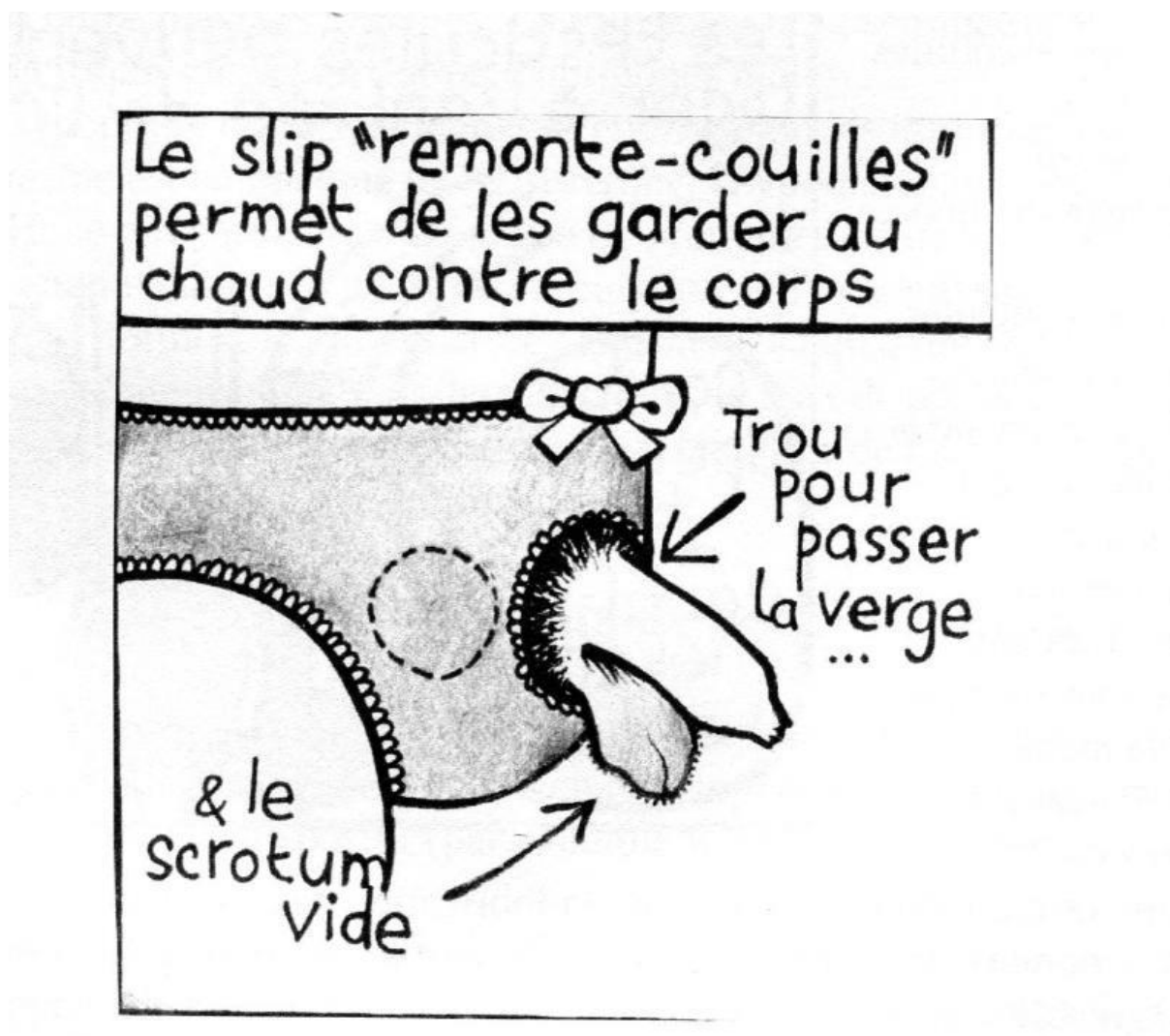
Annexe n°4 : Nombre de vasectomies réalisées en Belgique en 2007, 2016 et 2017. Cette intervention est réalisée par canal déférent. Deux interventions sont donc généralement nécessaires par homme. Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2018.

Prestation	Classe d'âge	Nombre de cas de stérilisations chez les hommes en 2007				
		Flandre	Wallonie	Bruxelles	Non-reparti	Belgique
260794- 260805	0-4	11				11
	5-10	1				1
	10-14	3				3
	15-19	10	9			19
	20-24	38	2			40
	25-29	442	35			477
	30-34	2.352	255	5	6	2.618
	35-39	4.477	642	39	13	5.171
	40-44	3.764	826	51	12	4.653
	45-49	1.664	453	47	8	2.172
	50-54	559	172	19	10	760
	55-59	152	78	9	2	241
	60-64	50	20	8		78
	65-69	13	7	2		22
	70-74	6	2			8
	75-79	8				8
	80-84	1				1
	85-89	1	2			3
	> 89					0
S/Total		13.552	2.503	180	51	16.286

Prestation	Classe d'âge	Nombre de cas de stérilisations chez les hommes en 2016				
		Flandre	Wallonie	Bruxelles	Non-reparti	Belgique
260794-260805	0-4	4	3			7
	5-10	6	3			9
	10-14	4		1		5
	15-19	10	1			11
	20-24	32	2			34
	25-29	450	47	2		499
	30-34	2.513	284	8	6	2.811
	35-39	4.634	773	51	26	5.484
	40-44	3.533	888	83	20	4.524
	45-49	1.980	595	39	13	2.627
	50-54	751	292	36	9	1.088
	55-59	218	97	15	6	336
	60-64	42	26	9		77
	65-69	15	5			20
	70-74	13	4			17
	75-79	1	2			3
	80-84	4	3			7
	85-89	2				2
	> 89					0
S/Total		14.212	3.025	244	80	17.561

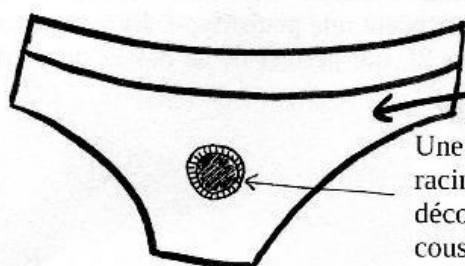
Prestation	Classe d'âge	Nombre de cas de stérilisations chez les hommes en 2017				
		Flandre	Wallonie	Bruxelles	Non-reparti	Belgique
260794-260805	0-4	2				2
	5-10	4				4
	10-14	3				3
	15-19	12	5			17
	20-24	45	4			49
	25-29	471	68	8	4	551
	30-34	2.783	358	19	19	3.179
	35-39	5.095	1.172	66	33	6.366
	40-44	3.870	1.200	81	16	5.167
	45-49	2.126	771	87	26	3.010
	50-54	822	341	38	14	1.215
	55-59	219	119	20	2	360
	60-64	53	39	12		104
	65-69	17	25	6	2	50
	70-74	4	6			10
	75-79	5	2			7
	80-84	4				4
	85-89	1				1
	> 89					0
S/Total		15.536	4.110	337	116	20.099

Annexe n°5 : schémas de différents modèles de slips chauffants (THOMAS BOULOÛ, 2017).



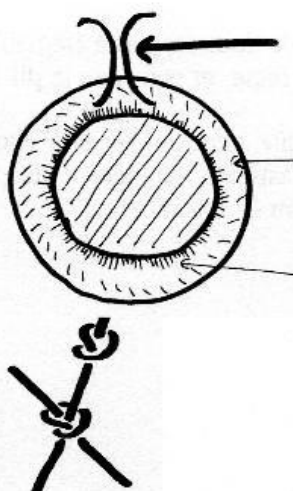
Description de quelques modèles

Le slip à trou :



Slip « pour hommes » ou « pour femmes »

Une entaille est faite à l'emplacement de la racine de la verge. Un haut de chaussette est découpé sur deux centimètres de hauteur, puis cousu à la main, protégeant la peau du frottement du tissu. Le diamètre du trou, fonction de l'anatomie de chaque personne, est de l'ordre de 2-3 cm



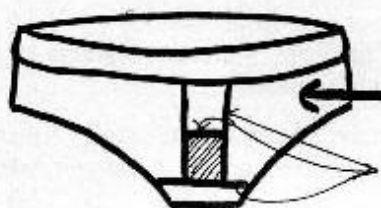
Lacet élastique ou non glissé à l'intérieur du rond de chaussette ; des trous sont percés en haut du rond pour pouvoir sortir les lacets de l'intérieur du rond

Les coutures sont faites en zig-zag pour garder l'élasticité de la chaussette

Le rond de chaussette est plié de chaque côté de l'ouverture du tissu pour faire un bourrelet confortable

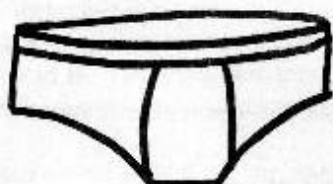


Le maintien des testicules à l'entrée des canaux inguinaux peut être amélioré par 3 élastiques, cousus en zig-zag sur le tissu. L'élastique sous l'anneau permet d'éviter que les testicules descendent sous la verge, les deux autres maintiennent l'ensemble et assurent la longévité du maintien.



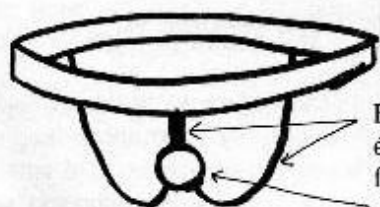
culotte

Élastiques d'1 cm de large qui encadrent un trou. Un rembourrage de plusieurs épaisseurs de tissu élastique entoure le bord des élastiques pour assurer le confort (les coutures sont non apparentes).



Il est courant de porter un deuxième sous-vêtement classique par-dessus le remonte-couilles. Il est aussi possible de coudre sur les modèles précédents une poche type slip kangourou (un slip « kangoutrou » ?), qui permet de se passer du deuxième sous-vêtement

Le harnais contraceptif :



Élastique de sous-vêtement ou élastique large

Élastiques de mercerie ou élastique de soutien-gorge (réglable). Les élastiques de derrière viennent sur la fesse, et pas dans le pli sous les fesses

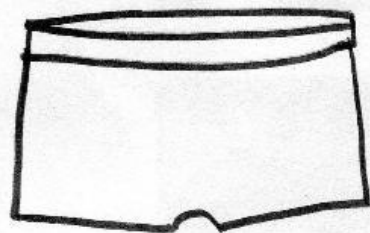
Rond de chaussette ou tissu élastique avec un lacet à l'intérieur, comme pour un slip à trou. Les élastiques gagnent à ne pas être beaucoup espacés sur l'anneau (1-2 cm de distance)



Modèle similaire avec des élastiques supplémentaires sur le devant, qui viennent sous les testicules en position haute, et suivent l'aîne

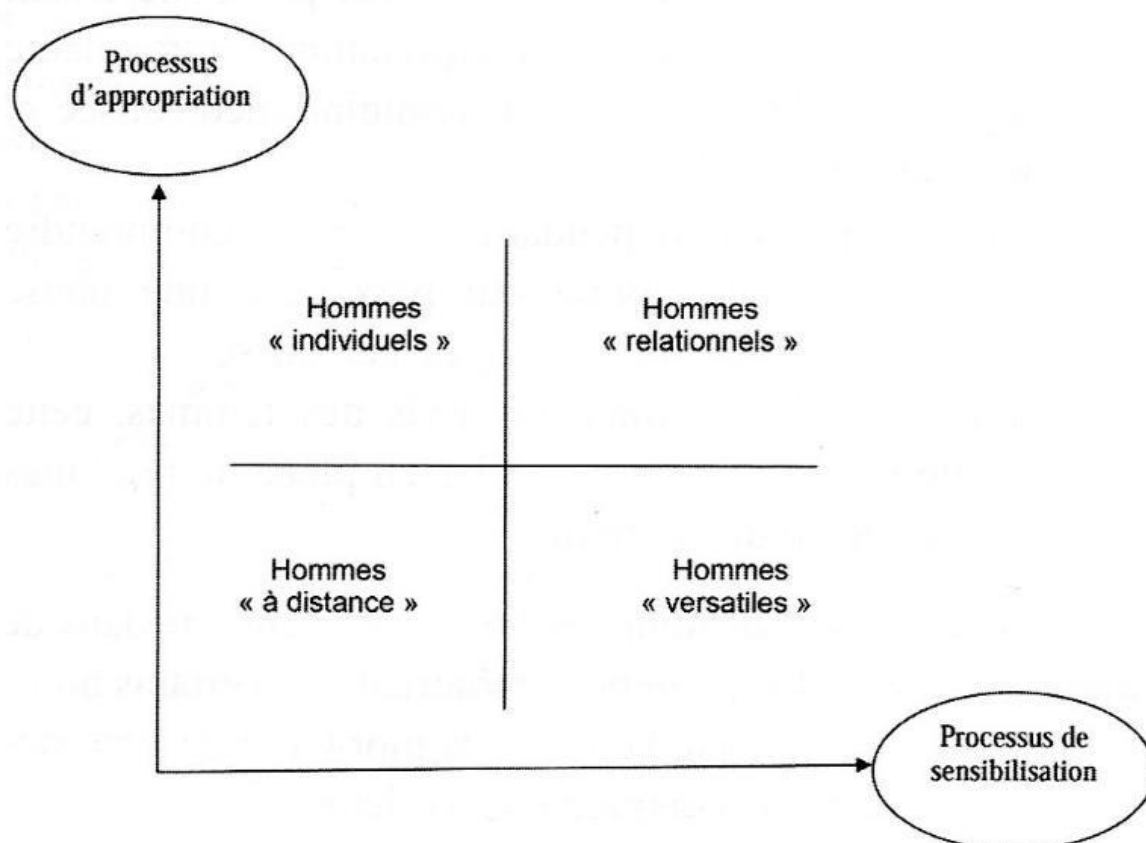


Harnais similaire, mais cette fois-ci l'élastique de ceinture est lié aux côtés de l'anneau, et les testicules sont logées au-dessus. Sur le modèle fabriqué, l'anneau était en tissu doux, rembourré d'ouate.

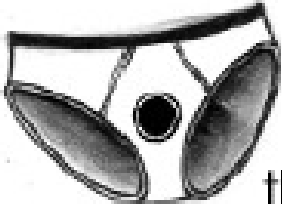


Il est possible d'adapter ce harnais en le concevant à l'intérieur d'un boxer ou d'un caleçon : les élastiques liés à l'anneau sont cousus directement sur l'élastique du boxer. Ce modèle doit cependant être retiré lorsqu'on va aux toilettes, ce qui n'est pas le cas des autres modèles en harnais.

Annexe n°6 : Les quatre idéaux types des engagements contraceptifs des hommes en fonction de leur degré de sensibilisation et d'appropriation de la contraception (DESJEUX, 2012, p. 190).



Collectif "Thomas Bouloù"
contraceptions testiculaires
& responsabilité masculine



thomasboulouetcie@riseup.net

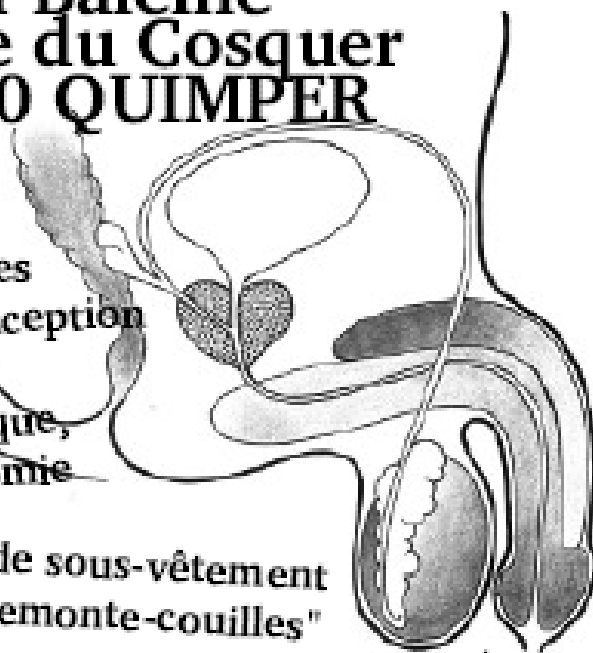
Permanence/Atelier
1er samedi du mois 14h-17h

"La Baleine"
35 rue du Cosquer
29000 QUIMPER

- > discussion
- > information sur les méthodes de contraception dites "masculines" : hormonale, thermique, préservatif, vasectomie

> fabrication de sous-vêtement contraceptif "remonte-couilles"

> conseils, accompagnement



Annexe n°8 : nombre de gynécologues femmes et hommes en Belgique. Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2018.

Gynécologues (y compris les gynécologues en formation)				
Année*	Femmes	Hommes	Total	% de femmes
2010	836	890	1726	48,44%
2011	872	885	1757	49,63%
2012	916	877	1793	51,09%
2013	983	850	1833	53,63%
2014	1004	851	1855	54,12%
2015	1054	840	1894	55,65%
2016	1106	827	1933	57,22%
2017	1164	816	1980	58,79%
2018	1169	799	1968	59,40%

Gynécologues (340) actifs et inactifs				
Année qualification	Femmes	Hommes	Total	% de femmes
1959-1980	44	504	548	8,03%
1981-1990	135	237	372	36,29%
1991-2000	236	208	444	53,15%
2001-2010	318	154	472	67,37%
2011-2018	321	93	414	77,54%
Total	1054	1196	2250	46,84%

Gynécologues en formation (034) actifs				
Année qualification	Femmes	Hommes	Total	% de femmes
2013	54	6	60	90,00%
2014	55	7	62	88,71%
2015	52	5	57	91,23%
2016	52	7	59	88,14%
2017	50	8	58	86,21%
Total	263	33	296	88,85%

Annexe n°9 : paroles de la chanson *Kid*, écrite et interprétée par Eddy De Pretto (2017).

Tu seras viril, mon kid
Je ne veux voir aucune larme glisser
Sur cette gueule héroïque et ce corps tout sculpté
Pour atteindre des sommets fantastiques
Que seule une rêverie pourrait surpasser

Tu seras viril, mon kid
Je ne veux voir aucune once féminine
Ni des airs, ni des gestes qui veulent dire
Et Dieu sait si ce sont tout de même eux les pires à venir
Te castrer pour quelques vocalises

Tu seras viril, mon kid
Loin de toi, ces finesses tactiques
De ces femmes origine qui féminisent, groguisent
Sous prétexte d'être le messie fidèle
De ce fier modèle archaïque

Tu seras viril, mon kid
Tu tiendras dans tes mains l'héritage
Iconique d'Apollon, et comme tous les garçons
Tu courras de ballon en champion
Et deviendras mon petit héros, historique

Virilité abusive
Virilité abusive

Tu seras viril, mon kid
Je veux voir ton teint pâle se noircir
De bagarres et forger ton mental,
Pour qu'aucune de ces dames te dirigent vers de contrées roses,
Néfastes, pour de glorieux gaillards
Tu seras viril, mon kid
Tu hisseras ta puissance masculine
Pour contrer cette essence sensible que ta mère
Nous balance en famille, elle fatigue ton invulnérable
Achille

Tu seras viril, mon kid
Tu compteras tes billets d'abondance
Qui fleurissent sous tes pieds, que tu ne croiseras jamais
Tu cracheras sans manière en tous sens
Défileras fier et dopé de chair, de nerfs protéiné

Tu seras viril, mon kid
Tu brilleras par ta force physique
Ton allure dominante, ta posture de caïd
Et ton sexe triomphant pour mépriser les faibles
Tu jouiras de ta rude étincelle

Virilité abusive
Virilité abusive
Virilité abusive
Virilité abusive

Mais moi mais moi je joue avec les filles
Mais moi mais moi je ne prône pas mon chibre
Mais moi mais moi j'accélèrerai tes rides
Pour que tes propos cessent et disparaissent
Mais moi mais moi je joue avec les filles
Mais moi mais moi je ne prône pas mon chibre
Mais moi mais moi j'accélèrerai tes rides
Pour que tes propos cessent et disparaissent

Résumé

Aujourd'hui, les femmes sont majoritairement en charge de la contraception, que ce soit techniquement, financièrement ou mentalement, tandis que les hommes ne partagent pas, ou très peu, cette responsabilité. Tout en étant attentif au droit des femmes de disposer de leur corps, ce travail ambitionne de questionner les obstacles au développement et à l'utilisation de la contraception masculine mais vise aussi à démontrer, par l'exemple du groupe *Thomas Bouloù*, qu'ils peuvent être dépassés.

Mots-clefs

Contraception

Genre

Féminisme

Masculinités

Responsabilité